

Chemotherapie: «Giftkur ohne Nutzen» (laut Spiegel)

Bei der Chemotherapie kommen toxische Mittel zum Einsatz, die Tumorzellen abtöten sollen. Bekämpft die moderne Krebsmedizin den Tumor, anstatt den Patienten zu heilen?

Seite 76

Hat schon bald jeder Krebs?

Exponentielles Krebs-Wachstum trotz milliardenschwerer Forschungsetats. Was läuft hier schief?

Seite 6

WHO-Prognose für weltweite Krebsneuerkrankungen pro Jahr

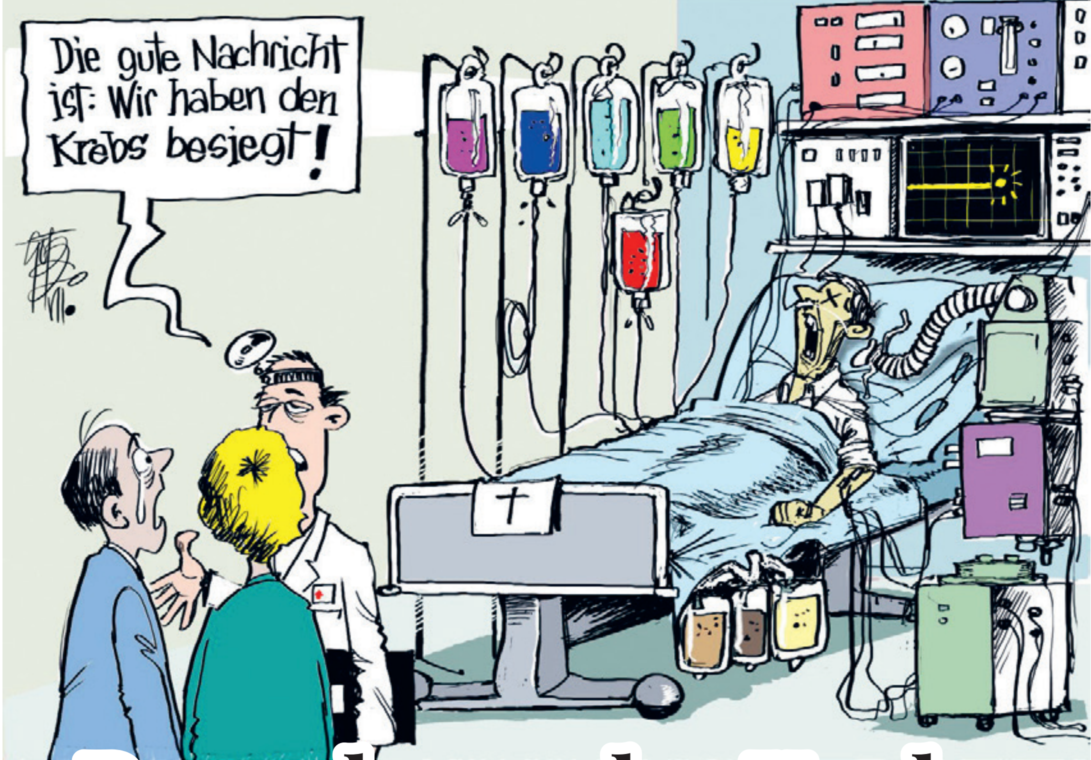
2018	2040
18,1 Mio.	37 Millionen

ExpressZeitung

Ausgabe 34, August 2020




CHF 11.00 / Euro 9.00



Boombranche Krebs und ihr tumorhaftes Wachstum

Was stimmt hier nicht? Laut einer Prognose der WHO dürfte sich die Anzahl der jährlichen Krebsfälle bis 2040 fast verdoppeln. Der Krebs wächst weltweit exponentiell. Inzwischen wird jeder dritte Europäer im Laufe seines Lebens daran erkranken. Dennoch spricht die Branche von «grossen Fortschritten». Diese sind im medizinischen Bereich nur schwer zu erkennen, im betriebswirtschaftlichen dagegen allzu offensichtlich: Tatsächlich gibt es enorme Fortschritte finanzieller Natur für den medizinisch-industriellen Komplex, in erster Linie für Pharmafirmen. Fortschritte bei der Eindämmung von Krebs gebe es allerdings auch, das behauptet zumindest ebendieser medizinisch-industrielle Komplex. Die fortschreitende Explosion der Krebszahlen wird so erklärt: Je mehr Krebs man entdecke, desto mehr Menschen würden vom Krebs geheilt. Der Frage, ob diese und zahlreiche weitere Verlautbarungen der Schulmedizin zum Thema «Krebs» wirklich zutreffen, gehen wir in der vorliegenden Ausgabe auf den Grund.



Krebsdiagnose: Wie mit Statistik getäuscht wird

In Sachen Krebs-Früherkennung zeigen viele Studien eine ernüchternde Nutzen-Schadens-Bilanz auf.

Seite 36



Alternative Ansätze zur Krebsbehandlung

Stimmt die Behauptung der Medizin-Branche, an «Chemo», Strahlen und Operation führe kein Weg vorbei?

Seite 92



Die Methoden des Pharma-Kartells

Wie Medikamentenhersteller ihre Konkurrenz ausschalten.

Seite 10

> «[Man muss feststellen, dass] bei den meisten Organkrebsen keinerlei Belege dafür existieren, dass die Chemotherapie – speziell auch die immer mehr um sich greifende Hochdosistherapie – die Lebenserwartung verlängert oder die Lebensqualität verbessert.»
>
> *Prof. Dr. med. Ulrich Abel von der Universität Heidelberg*

Liebe Leser

Vom Arzt mit der Diagnose Krebs konfrontiert zu werden, wird von vielen Betroffenen als Todesurteil verstanden oder zumindest als Anbeginn einer schlimmen und unabsehbaren Leidenszeit. Doch ist eine solche Reaktion tatsächlich begründet und worauf stützt sie sich?

In dieser Ausgabe befassen wir uns ausführlich mit grundlegenden Aspekten zu Krebs, dessen Diagnose und Behandlung, und beleuchten ebenso die dahinterstehende Industrie, ihre Interessen, ihr Vorgehen und die teils dramatischen Widersprüche und Unwahrheiten, welche Betroffene schnell in Sklaven der Angst verwandeln.

Mit einem Volumen von jährlich weit über 1.000 Milliarden Dollar und hunderttausenden Mitarbeitern hat sich in den letzten Jahrzehnten ein nicht mehr wegzudenkender Wirtschaftszweig entwickelt, welcher vom Krebsleiden der Betroffenen „lebt“ und damit direkt von dessen Existenz abhängig ist. Diesen Umstand als systembedingte Folge unseres marktwirtschaftlichen Systems zu begründen und damit zu legitimieren, und gleichzeitig davon überzeugt zu sein, dass von eben derselben Industrie mit aller Anstrengung nach einer „Heilung“ gesucht wird, das passt nicht zusammen, ja könnte widersprüchlicher nicht sein. Gerade bei näherer Betrachtung der einzelnen Teilaspekte werden Widersprüche zu ehrlichem Bemühen nach Krebsheilung offensichtlich. Wie sonst lässt es sich erklären, dass jegliche alternativen, sprich natürlichen Heilverfahren von Krebs nicht nur nicht gefördert, sondern gar mit allen Mitteln bekämpft werden? Ist es nicht erstaunlich, dass die Wissenschaft vielversprechende Ansätze natürlicher Therapien nicht aufgreift und auch keinerlei Forschung an ihnen betreibt? Wie kann man an ergebnisoffene Forschung glauben, wenn Lehrstühle an Universitäten direkt von Pharmaunternehmen mit zweistelligen Millionenbeträgen finanziert werden? Wessen Interessen dient ein Gesundheitssystem, welches vornehmlich teure schulmedizinische Therapien bezahlt und gleichzeitig günstigere Alternativen ausschliesst?

Auch weitere grundlegende Beobachtungen werfen Fragen auf: Was bedeutet die Erkenntnis, dass bei fast 70% aller Männer über 60 „Prostatakrebs“ im diagnostischen Sinne besteht, jedoch unerkannt und ohne Beschwerden für die "Betroffenen" bleibt? Kann es sein, dass in diesem, wie auch in anderen („Krankheits“-)Fällen nur aufgrund von Diagnosen therapiert wird, ohne welche der/die Betroffene beschwerdefrei weitergelebt hätte? Wem nützen Vorsorgeuntersuchungen, wenn statistisch nachweislich keinerlei Unterschied zu Nichtuntersuchten feststellbar ist? Was schliesst man daraus, wenn laut einer Studie an 182.000 Männern 97% der Prostatakrebs-Behandlungen unnötig gewesen sind? Dass etwa nur der Behandlung wegen behandelt wird und somit nur des Umsatzes und des Profits wegen? Darauf deutet ebenso der Umstand hin, dass trotz verbesserter Diagnoseverfahren für Hautkrebs und des damit verbundenen massiven Anstiegs von Fallzahlen die Zahl der Toten nicht gesunken ist. Also verbesserte Früherkennung von Hautkrebs und damit verbundener dramatischer Anstieg von Fallzahlen (Behandlung, Therapie, Martyrium für den Patienten) OHNE Senkung der Sterberate! Man neigt zur Frage: Wozu dann der ganze Aufwand?

Diese und zahlreiche weitere in dieser Ausgabe zusammengefasste Beobachtungen ergeben ein Bild, das grundlegende Fragen aufwirft und am offiziellen Krebs-Narrativ zweifeln lässt. ***(ab)***

Thema der Ausgabe:

Kampf gegen den Krebs: Wo sind die Erfolge?

Je weiter die Krebs-Medizin „voranschreitet", desto mehr scheinen die Kosten für eine Therapie zu explodieren. Mediziner aus den USA errechneten 2015: Eine Krebsbehandlung kostete im Schnitt 100.000 Dollar, und sie ist bestimmt bis heute nicht günstiger geworden. Seit 2014 hat sich der Umsatz durch Präparate zur Krebsbekämpfung fast verdoppelt. Die Onkologie gehört zum wichtigsten „Wachstumsmarkt" überhaupt. Während sich die Unternehmen über den wachsenden Profit freuen, wachsen bei immer mehr Patienten die Zweifel: Sind die steigenden Kosten angesichts der erbrachten Leistungen gerechtfertigt? Schliesslich wachsen auch die Krebszahlen immer weiter. Die Krebsmedizin behauptet: Die Forschung werde immer aufwändiger und komplexer. Die Folge seien hohe Behandlungskosten. Doch wo sind dann die Erfolge?

Quelle: focus.de, Teurer Kampf gegen den Krebs: So verdient die Pharmaindustrie Milliarden mit dem Krebsleiden, 09.09.2015



4



Gesundheit



Obwohl die Krebszahlen seit Jahrzehnten steigen, geht es laut Schulmedizin im Kampf gegen den Krebs immer weiter aufwärts.



Unsichtbare Macht



Pharmakonzerne bedienen sich des staatlichen Gesetzgebungsmonopols, um Konkurrenten zu verdrängen.



Fast nur die Pharma-Giganten sind in der Lage, ihre Medikamente und Therapien mit Manipulation und Lobbyismus durch das Zulassungsverfahren zu manövrieren.



Der gesetzliche Zahlungszwang in eine Krankenversicherung fördert die Dominanz der Pharmakonzerne.





Gesundheit



Ein kleiner Grundkurs in Sachen Krebs



In Sachen Krebs-Früherkennung zeigen viele Studien eine ernüchternde Nutzen-Schadens-Bilanz auf. Überdiagnosen und unnötige Behandlungen sind im heutigen Medizin-Betrieb Alltag.



Zulassungsstudien zu millionenfach praktizierten Krebstherapien haben sehr oft aufgrund grober wissenschaftlicher Mängel keinerlei Aussagekraft über deren Nutzen.



Während die Schulmedizin den klaren Beweis für die Nützlichkeit ihrer Vorsorgemethoden und Therapien schuldig bleibt, führen alternative Ansätze zur Vorbeugung und Behandlung von Krebs ein Schattendasein.



Verlag InfoXpress GmbH, Hohestr. 130, CH-4104 Oberwil
Herausgeber André Barmettler
Kontakt Tel +41 61 511 45 08 / info@expresszeitung.com
Website www.expresszeitung.com
Erscheinung 8 x jährlich im Abonnement
Abo-Preis Schweiz: SFr 69.- / EU: EUR 59.-
Bestellung https://shop.expresszeitung.com
abo@expresszeitung.com

Redaktion Tilman Knechtel *(tk)*, André Barmettler *(ab)*, Gerhard Wisnewski *(gw)*, Alexander Schnarf *(as)*
redaktion@expresszeitung.com
Satz/Layout Elementi Studio
Fotos Sofern nicht vermerkt: commons.wikimedia.org
Cover-Bild Götz Wiedenroth, www.wiedenroth-karikatur.de
Nächste Ausgabe September 2020

Diagnose
Wie Angst selbstständige



Die Diagnose Krebs empfinden fast ausnahmslos alle Menschen als einen brutalen Schicksalsschlag, dem sie zuerst einmal machtlos gegenüberstehen. Ein Schock, der die meisten im ersten Moment überwältigt, da sie mit Krebs vor allem Schmerzen, Leid und Tod in Verbindung bringen. Assoziationen dieser unangenehmen Art werden schliesslich seit Jahren in Bildung und Medien erzeugt, sodass mit dem Wort «Krebs» automatisch Bilder von ausgemergelten Patienten, die verzweifelt um ihr Überleben kämpfen, in unseren Gedanken entstehen. Da Krebs stets als Hiobsbotschaft verstanden wird, kann man sich vorstellen, dass eine Diagnose bei den meisten Empfängern ein nicht unbedeutendes psychologisches Trauma auslöst. Dabei spielt es im Schockzustand eine untergeordnete Rolle, dass «Krebs» nicht gleich «Krebs» ist und in der Mehrheit der Fälle nicht zum Tod führt (67% der betroffenen Frauen und 62% der Männer überleben). Das Wort «Krebs» an sich hat bereits eine ungeheure Angstwirkung, die sich fest im Kopf des westlichen Normalbürgers verankert hat.

Wenn es dann zur Mitteilung der Krebsdiagnose kommt, hat dies meistens eine emotionale und kognitive Überforderung des Gefühls- und Denkapparates zur Folge – ein Psychotrauma. Laut dem Psychoanalytiker Ralf Hillebrandt handelt es sich bei einem Psychotrauma nämlich um ein

- das Ich «überwältigende[s] Erlebnis von Hilflosigkeit und Angst [...],
- das mit einer passiven Erstarrung des Ichs sowie einem
- Ausfall der höheren Ich-Funktionen einhergeht». [1]

Überwältigung? Passive Erstarrung? Ausfall der höheren Ich-Funktionen? Ist das nicht der Idealzustand, um die Kontrolle über den Patienten zu gewinnen und ihn in eine bestimmte Richtung zu lenken? In der Tat. Der Schock natürlich auch, denn der Schock ist der akute Zustand des Traumas. Während Letzteres langfristig wirkt und wir es kaum jemals wieder loswerden können, klingt der akute Schock nach einer gewissen Zeit wieder ab. Unter Schock sind wir jedoch besonders hilflos und steuerbar - und das Wort «Krebs» ist so angstbesetzt, dass es sofort blinden Aktionismus auslöst.

Blindes Vertrauen

Nach einem Paukenschlag wie einer Krebsdiagnose sind sogar eigentlich kritisch denkende Menschen kaum mehr in der Lage, einen vernünftigen Gedanken zu fassen, da sie der Schock in einen primitiven Zustand versetzt, in dem sie sich an jeden Halt klammern, den sie finden. Ein Patient ist in dieser Situation maximal aufnahmebereit für die Ratschläge seines Arztes, der naturgemäss die erste Person ist, die mit ihm direkt nach der vermeintlichen Hiobsbotschaft in Kontakt tritt. In dieser Situation ist er bereit für jeglichen Ratschlag, der schliesslich im Glauben des Patienten auch noch von einem absoluten «Experten» kommt. Da Panik und Angst das rationale Denken lähmen, nehmen viele Menschen im Schockzustand die Ratschläge ihres Arztes sofort unkritisch an, ohne sich genauer mit seinen Behandlungsmethoden auseinandergesetzt zu haben.

So werden viele Patienten erst einmal psychologisch daran gehindert, ihren eigenen Verstand einzuschalten und eine unabhängige Entscheidung zu treffen, so

Krebs
Entscheidungen blockiert

wie sie es eigentlich in jedem anderen Bereich ihres Lebens tun. Nur zu oft geben wir fahrlässigerweise die Verantwortung für unsere Gesundheit in andere Hände, seien es nun die Ärzte, die Krankenkassen oder die Medien. Das ist eigentlich unverantwortlich: Haben Erwachsene nicht gelernt, im Alltag ständig ganz und gar selbstständige Entscheidungen zu treffen? Nicht nur wenn wir schwer erkrankt sind, sondern von Jugend an, müssen wir lernen, unseren Verstand einzuschalten, wenn es um unsere Gesundheit bzw. um unser Lebensglück geht (Berufswahl, Wohnungseinrichtung, Autokauf, Partnerwahl usw.). Warum sollte man also bei einer Krebsdiagnose die Empfehlungen seines Arztes blind hinnehmen, ohne sich eine zweite, dritte oder vierte Meinung einzuholen? Das Argument «Die behandeln doch jeden Tag Krebspatienten, die müssen doch wissen, was sie da tun.» mag nicht ganz falsch sein, doch damit erübrigt sich nicht die Suche nach dem besten Angebot bzw. Preis-Leistungs-Verhältnis. Oder hat Sie der Autoverkäufer etwa schon mit dem Argument überzeugt, der Autohersteller produziere seit 80 Jahren Autos und sei ein absoluter «Experte» auf diesem Gebiet? Nirgendwo kann eine falsche Entscheidung so verheerende Folgen haben wie bei der Gesundheit, doch gleichzeitig ist es in kaum einer anderen Branche verpönter, als Kunde bzw. Patient kritische Fragen zu stellen. Warum? Hat man etwa kein Interesse daran, dass der Patient Verantwortung für sein eigenes Wohlergehen übernimmt?

Kritische Vergleiche und Abwägungen sind bei Krebstherapien ganz besonders notwendig: Jede Frau wälzt Kataloge, bevor sie sich für eine Küche entscheidet, von Männern und Autos ganz zu schweigen. Doch wenn es um eine Krebsbehandlung geht, dann informiert sich fast kein Patient im Detail über seine Krankheit, sondern verlässt sich auf wenige Aussagen seines Arztes. Doch um es klar zu sagen: Wer nicht bereit ist, an Ärzte dieselben Standards wie an Küchen- oder Autoverkäufer anzulegen, der handelt absolut unverantwortlich und gefährdet sein Leben.

Unabdingbare Fragen

Bei jedem Verkaufsgespräch muss ein offener Dialog von einem Erwachsenen-Ich zum anderen Erwachsenen-Ich gegeben sein. Das gilt genauso für den Dialog zwischen Patient und Arzt. Ein Patient hat das Recht, kritische Fragen sowie Bedingungen und auch Forderungen zu stellen. Vor allem die Frage nach Beweisen für die Wirksamkeit seiner bevorstehenden Behandlung ist für einen mündigen Patienten unabdingbar. Wenn ein Arzt jedoch auf die Fragen der Patienten beleidigt und/oder arrogant reagiert, dann wird dies leider von vielen Patienten ohne Murren akzeptiert – u.a. dadurch, dass ihr rationales Denken oft von Schock und Angst gelähmt wird.

Sie, lieber Leser, haben jedes Recht, ein unbequemer Patient zu sein. Mit «unbequem» ist nicht arrogant oder laut gemeint, sondern fordernd. Von einem Arzt sollte man fordern, was einem zusteht – nämlich dass er einem so gut wie möglich hilft. Gute Ärzte fühlen sich durch berechtigte Fragen niemals genervt und wissen, wie verängstigt Patienten vor allem kurz nach der Diagnose sind. Sollte Ihr Arzt sich also nicht die nötige Zeit nehmen und Ihre Fragen abweisen, sollten Sie skeptisch werden.

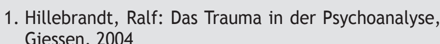
Die vorliegende Ausgabe der Express-Zeitung erteilt keine medizinischen Ratschläge. Sie sucht lediglich nach Antworten auf die naheliegendsten Fragen überhaupt, die jeder Krebsmediziner im Handumdrehen beantworten können sollte – aber es leider oft nicht tut. Z.B. auf die Gretchenfrage: «Wo ist der Beweis, dass die von Ihnen empfohlene Krebsbehandlung die wirksamste ist, die es gibt?»

Eine genauere Betrachtung dieser «Beweise» und der Gesundheitsbranche allgemein könnte kritische Patienten durchaus dazu bringen, noch einmal zu überdenken, ob sie den typischen Empfehlungen ihres Arztes bei einer Krebserkrankung folgen wollen. Letztendlich sind wir als Zeitung aber auch nur eine von vielen Quellen, aus denen Sie sich informieren sollten. Die Entscheidungen, die Sie persönlich für Ihre eigene Gesundheit treffen, kann Ihnen letztendlich niemand abnehmen – auch wenn genau dies in unserem Gesundheitssystem (siehe S.15 ff) immer wieder versucht wird. ***(tk)***



Der Deutsche Beamtenbund hat 2019 eine Befragung in der deutschen Bevölkerung durchgeführt, um herauszufinden, welche Berufsgruppen in Deutschland hoch angesehen sind. Ärzte rangieren auf Platz 2, was dazu führt, dass viele Patienten mit den Empfehlungen ihres Arztes relativ unkritisch umgehen.

Quelle: de.statista.com, Die angesehensten Berufe Deutschlands, 21.08.2019

Quellen:

1. Hillebrandt, Ralf: Das Trauma in der Psychoanalyse, Giessen, 2004



Krebs: Exponentielles

WHO-Prognose für weltweite Krebsneuerkrankungen pro Jahr

18,1 Mio. — 2018
37 Millionen — 2040

Hat bald jeder Krebs?

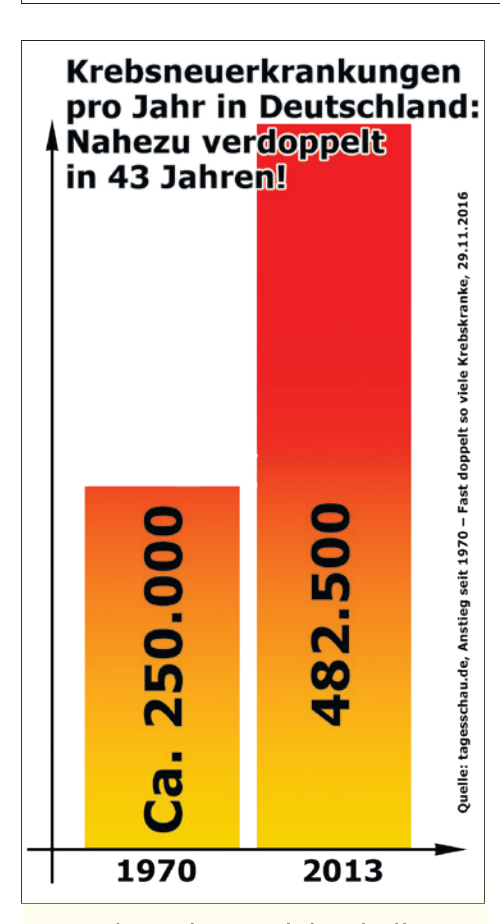
Quelle: spiegel.de, Zahl der Krebsfälle wird sich weltweit fast verdoppeln, 04.02.2020

Weltweit erhält jeder fünfte Mann und jede sechste Frau im Leben eine Krebsdiagnose. Jeder achte Mann und jede elfte Frau sterben «an» Krebs. Tendenz steigend.

Quelle: rp-online.de, Weltweit gibt es immer mehr Krebsdiagnosen, 12.09.2018

In Deutschland «erkrankt» jeder Zweite im Laufe seines Lebens an Krebs. Fast jeder Vierte stirbt «daran».

Quellen:
spiegel.de, Jeder Zweite erkrankt im Laufe des Lebens an Krebs, 07.12.2017
spiegel.de, Fast jeder Vierte stirbt an Krebs, 19.01.2017



Die andauernd durch die Krebsmedizin verlautbarten «Fortschritte» wirken anhand der fortlaufenden Explosion der Krebszahlen recht befremdlich.

«Medizin macht grosse Fortschritte, trotzdem werden künftig mehr Menschen an Krebs sterben», titelte da vor kurzem die Frankfurter Rundschau zum Weltkrebstag am 04. Februar 2020. «Es mag zunächst wie ein Paradoxon klingen: Seit der Jahrtausendwende hat die Krebsmedizin grosse Fortschritte gemacht, die Diagnostik kann bereits kleinste Tumore erkennen und besser differenzieren, bei der Therapie existieren mehr und oft schonendere Optionen als früher. Gleichwohl ist weltweit nicht nur mit deutlich mehr Neuerkrankungen zu rechnen, sondern auch mit einer zunehmenden Zahl von Menschen, die an Krebs sterben werden.» Die Anzahl der Krebserkrankungen steigt von Jahr zu Jahr und die Branche spricht dennoch von «grossen Fortschritten». Die Frankfurter Rundschau klärt das «Paradoxon» auf: «Für den von Experten prognostizierten Anstieg gibt es im Wesentlichen drei Gründe: die wachsende Weltbevölkerung, die alternden Gesellschaften in den Industrienationen sowie der veränderte Lebensstil in vielen Ländern Asiens und Afrikas, wo der Tabakkonsum zugenommen hat und mehr verarbeitete Produkte gegessen werden als früher.» [1]

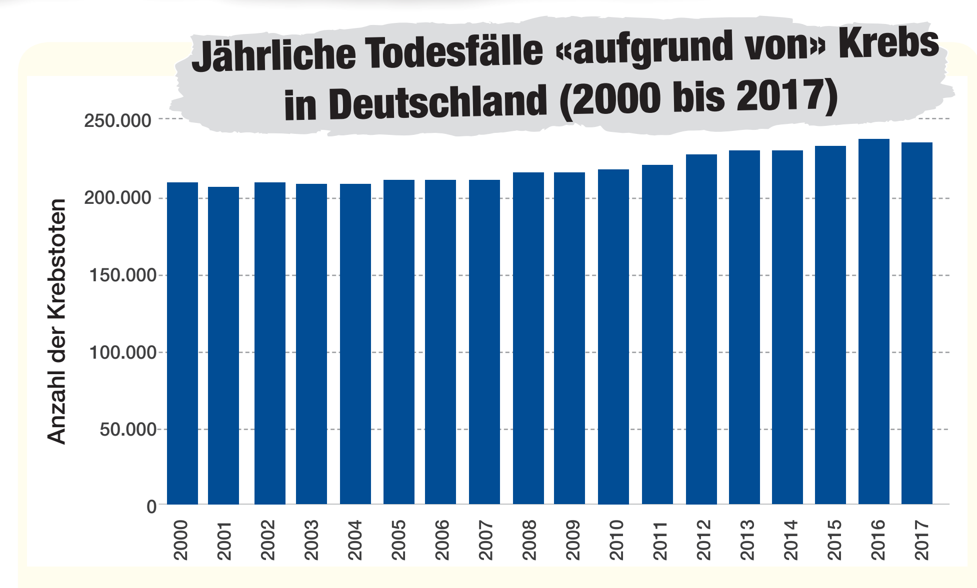
Obwohl die Krebszahlen seit Jahrzehnten steigen und dies auch weiter tun werden, geht es laut Schulmedizin (siehe S.30) im Kampf gegen den Krebs immer weiter aufwärts. Andere Faktoren würden diese Erfolge für den oberflächlichen Betrachter allerdings verzerren – mag sein.

Wie ist es aber zu erklären, dass in Ländern mit nicht wachsender Bevölkerung wie Deutschland die Krebszahlen weiter steigen? Oder dass die Lebenserwartung in Deutschland seit Jahren mehr oder weniger stagniert, aber die Anzahl der Krebserkrankungen immer weiter zunimmt? Ist für die Krebsmedizin nicht die steigende Lebenserwartung in den europäischen Ländern der Hauptfaktor für die steigenden Krankheitsziffern? Während die Lebenserwartung von 1970 bis 2020 um grob 15% gestiegen ist (bei Männern von 67 auf 79 Jahre, bei Frauen von 73 auf 84 Jahre), hat sich die Zahl der Krebs-Neuerkrankungen in Deutschland seit 1970 mehr als verdoppelt: Bereits 2013 erkrankten laut dem Robert Koch Institut etwa doppelt so viele Menschen an Krebs wie 1970. [2] Nur einige von vielen offenen Fragen.

Niederschmetternde Zahlen

Die Zahl der Krebskranken in Deutschland wird trotz stagnierender Lebenserwartung weiter steigen. Krebs ist inzwischen nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Von der Babyboomer-Generation der

Wachstum ohne Ende in Sicht?



Dass die Krebs-Todeszahlen in Deutschland stagnieren, während die Krebserkrankungen ansteigen, mag auf den ersten Blick als Erfolg der Onkologie (Krebsforschung) gewertet werden. Warum diese optimistische Interpretation der Zahlen ein Irrtum ist, erfahren Sie auf den kommenden Seiten (siehe S.36 ff.).

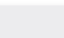
Jahrgänge 1950 bis 1970, insgesamt rund 25 Millionen Menschen, wird die Hälfte im Laufe ihres Lebens an Krebs erkranken. Für einen Babyboomer liegt die Wahrscheinlichkeit, dass weder er noch sein Partner noch seine Eltern an Krebs erkranken, unter zehn Prozent. Damit wird eine komplett krebsfreie Familie in Zukunft eher die Ausnahme sein.[3]

Auch weltweit gibt es immer mehr Krebsdiagnosen. Die Zahl der Krebserkrankungen wird sich nach einer Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis 2040 fast verdoppeln. Das geht aus dem Weltkrebsreport hervor, den die Internationale Agentur für Krebsforschung (IARC, Teil der WHO) alle fünf Jahre veröffentlicht. 2018 erkrankten demnach weltweit 18,1 Millionen Menschen neu an Krebs, im Jahr 2040 dürften es etwa 29 bis 37 Millionen sein.[4] Vielleicht ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis jeder Mensch im Verlaufe seines Lebens daran erkrankt und Krebs als häufigste Todesursache gelten wird.

Angeblich haben wir in den letzten Jahrzehnten mehr über Krebs gelernt als in der ganzen Menschheitsgeschichte zuvor. Bei keiner anderen Krankheit habe es grössere Erkenntnisgewinne gegeben, keine wurde intensiver untersucht. An Krebs forschen mehr Spitzenwissenschaftler aller Disziplinen als an jeder anderen Krankheit. Ein Grossteil der Medizinnobelpreise der letzten dreissig Jahre ging an Krebsforscher, und weitere werden folgen. Keiner anderen Erkrankung widmet die Pharmaindustrie und die akademische Forschung grössere Aufmerksamkeit, nirgendwo sind derzeit mehr neue Medikamente in der Zulassungsschleife. Warum kann die Ausbreitung dieser Krankheit nicht signifikant eingedämmt werden?

Milliardenindustrie Krebs

Richten wir unseren Blick auf betriebswirtschaftliche Kennzahlen, erkennen wir eine absolute Boombranche, die ihresgleichen sucht, mit schier unbegrenzten Wachstums- und Gewinnaussichten. Eine riesige



Krebs laut Medien seit Jahren fast geheilt: Alles nur PR?

MEDIZIN
Bahnbrechende Entdeckung für die Therapie von Krebs

NEUE METHODE AUS ISRAEL
Ist Krebs in einem Jahr heilbar?

Medizin-Nobelpreis
Durchbruch in der Krebsforschung

Roche-Chef Severin Schwan im Interview
«Krebs wird heilbar – das ist fantastisch!»
Blick

KREBSFORSCHUNG
Superzellen gegen Krebs: Diese neue Therapie soll die Tumor-Therapie revolutionieren

Würzburger Forscher: Durchbruch in der Krebstherapie?

Erfolge mit neuartiger Krebstherapie in Hamburg

Checkpoint-Therapie
Großer Fortschritt in der Krebstherapie



Ausgaben für Krebsmedikamente in Deutschland steigen in 4 Jahren um 50%!



Quelle: aerzteblatt.de, Kosten für Krebsmedikamente deutlich gestiegen, 11.10.2019



Quelle: marketresearchreports.com, Top 10 Oncology Pharma Companies in the World



Krebsindustrie hat sich entwickelt, die durch die Zunahme der Krebserkrankungen entstanden ist und im Wesentlichen aus Pharmafirmen, Forschungseinrichtungen, Krankenhäusern und der Ärzteschaft besteht. Vor allem der Umsatz der Pharmafirmen im Bereich Onkologie steigt immer weiter an. Gerade in den letzten Jahren, da die Kosten für Krebsbehandlungen in diesem Zeitraum regelrecht explodiert sind – noch mehr als die Krankheit selbst.

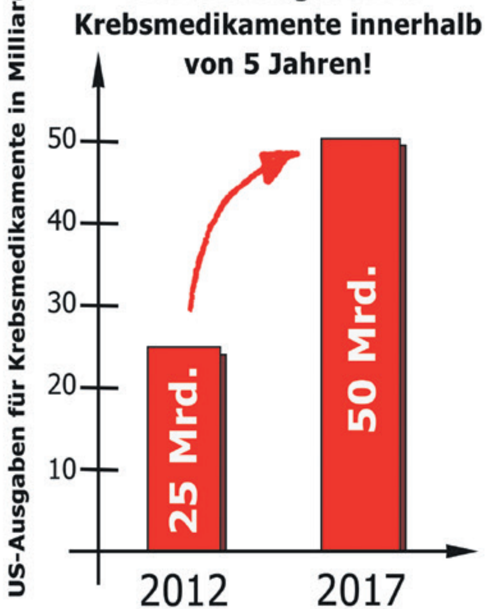
Es gibt nur noch eine kleine Gruppe von Arzneimittelfirmen, die neue Krebsmedikamente auf den Markt bringen können, und diese beherrschen sowohl die Zulassungsverfahren als auch die Preise, die sie in Zusammenspiel mit Politik und Krankenkassen den Patienten bzw. Einzahlern aufzwingen. Dabei machen sie extrem hohe Gewinne, die mit den Forschungsaufwendungen dieser Firmen in keinem nachvollziehbaren Zusammenhang stehen und Ergebnis von Monopolstellungen auf dem Markt sind.

Wenn man einen Blick auf die Gemengelage in der heutigen Gesundheitsbranche wirft, dann sind eindeutige Profiteure zu erkennen, womit sich zumindest die Schlussfolgerung aufdrängt, dass die Krebsmedizin und die Pharmaindustrie ein geringeres Interesse an der Änderung des Status Quo haben als der Normalbürger. Immerhin verdient diese Branche mit den geringen Erfolgen jedes Jahr hunderte Milliarden. Sie kann mit den geringen Erfolgen offensichtlich noch am besten leben.

Auf den kommenden Seiten soll erst einmal erläutert werden, wie unser Gesundheitssystem allgemein funktioniert, womit wir eine mögliche Antwort auf die Frage herausarbeiten werden, ob Pharmakonzerne überhaupt ein Interesse daran haben, etwas an der vorherrschenden Krebsforschung bzw. -behandlung zu ändern. *(tk)*

Innerhalb von 5 Jahren, von 2012 bis 2017, stiegen die globalen Ausgaben für Krebsmedikamente um 28% (von 96 auf 133 Milliarden Dollar)!

Quelle: process.vogel.de, Das sind die globalen Trends in der Onkologie, 27.06.2018



Quelle: process.vogel.de, Das sind die globalen Trends in der Onkologie, 27.06.2018

Quellen:

1. fr.de, Experten: Medizin macht grosse Fortschritte, trotzdem werden künftig mehr Menschen an Krebs sterben, 06.02.20
2. sueddeutsche.de, Wie viele Menschen Krebs bedroht, 29.11.2016
3. Karl Lauterbach, Die Krebs-Industrie: Wie eine Krankheit Deutschland erobert, Rowohlt, 2015
4. spiegel.de, Zahl der Krebsfälle wird sich weltweit fast verdoppeln, 04.02.2020



Handelsblatt

«Das Geschäft der Arzneimittelhersteller dürfte [laut der britischen Analysefirma Evaluate Pharma] in den sieben Jahren [von Anfang 2018] bis 2024 von zuletzt knapp 800 Milliarden auf dann rund 1,2 Billionen Dollar – und damit um durchschnittlich 6,4 Prozent pro Jahr – zulegen. [...] Als wichtigsten Wachstumstreiber sehen die Experten dabei weiterhin das Geschäft mit Krebsmitteln, das in den vergangenen Jahren bereits überproportional gewachsen ist. Bis 2024 dürfte sich das Top-Segment des Pharmamarktes laut Evaluate Pharma abermals verdoppeln, auf 233 Milliarden Dollar Umsatz.»

Das Handelsblatt online am 07.06.2018

Quelle: handelsblatt.com, Krebsmedikamente sorgen für Wachstumsschub in der Pharmabranche, 07.06.2018

Spahn verspricht baldigen Sieg über den Krebs – Medizinhistoriker widerspricht!

Im Herbst 2019 sorgte der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn für Furore, als er gegenüber der Rheinischen Post aussagte: «Die Chancen stehen gut, dass wir in 10 bis 20 Jahren den Krebs besiegt haben.» Der emeritierte Professor für Medizingeschichte und Krebsforschungs-Autor Wolfgang Uwe Eckart widerspricht Spahn deutlich und hält die Aussage für weder «faktengestützt, noch ethisch gerechtfertigt». «Solch grosse Fortschritte haben wir in der Krebsforschung nicht gemacht, dass die Hoffnung, den Krebs in zehn bis zwanzig Jahren besiegen zu können, berechtigt wäre.»

Statistisch gesehen habe sich in den letzten zehn Jahren nicht viel geändert. «Wir haben die gleiche Anzahl von Krebsneuerkrankungen, etwa 500.000 pro Jahr, und die gleiche Anzahl von Sterbefällen - leicht ansteigend - etwa 220.000-225.000 pro Jahr mit einer alternden Gesellschaft.»

Gesundheitsminister Spahn habe wohl «etwas aufgeschnappt und nicht richtig verstanden», vermutet Eckart. Der Medizinhistoriker meint: «Alle Hypothesen auf die Zukunft im Hinblick auf die Aussage dahingehend, dass Krebs insgesamt besiegt werden könnte, das sind Fake-News, das ist politisch, populistisch – aber durch Fakten überhaupt nicht gestützt.» ***(as)***

Quelle: deutschlandfunk.de, Mediziner zu Spahn-Äusserungen: «Aussagen, dass Krebs besiegt werden könnte, sind Fake-News», 03.02.2019







Wie das Pharmakartell seine Konkurrenz ausschaltet



Foto: Shutterstock/ Florin Gabriel

Auf einen Blick

- **Ziel eines Kartells: Mehr Geld für weniger Leistung. Kartell-Unternehmen treffen deshalb Absprachen, nicht in gegenseitigen Wettbewerb zu treten. Zudem bedienen sie sich des staatlichen Gesetzgebungsmonopols, um Konkurrenten auszuschalten – so auch das Pharmakartell.**
- **Zulassungsbehörden sind Erfüllungsgehilfen des Pharmakartells, da Millionen-Kosten für Zulassungsstudien gewöhnlich nur von den grossen Medikamentenherstellern gestemmt werden können. Fast nur die Pharma-Giganten sind in der Lage, mit Manipulation und Lobbyismus ihre Studien durch das Zulassungsverfahren zu manövrieren.**
- **Wenn das Medikament zugelassen ist, kann der Pharmakonzern den Preis sehr hoch ansetzen. Das Medikament erwartet wenig Konkurrenz, da kaum andere Medikamente durch den kostspieligen Zulassungsprozess geschleust wurden. Das Kartell einigt sich meist durch Absprachen darauf, die etablierten Märkte seiner Mitglieder nicht anzugreifen.**
- **Ausserdem hilft dem Kartell der gesetzliche Zahlungszwang in eine Krankenversicherung. So werden die hohen Medikamentenpreise verschleiert und auf die Krankenkassen-Einzahler umgeleitet. Die gesunden Krankenkassen-Mitglieder bezahlen die oft überteuerte Behandlung der Kranken. Für den Patienten ist die Behandlung «kostenlos», in Wahrheit wird sie von anderen bezahlt.**
- **Ärzte bewegen sich in einem gesetzlich sehr engen Rahmen, der ihnen kaum eine andere Wahl lässt, als ein von den Behörden zugelassenes Medikament zu verordnen.**
- **Durch dieses System ergeben sich für die Pharmakonzerne gigantische Gewinne auf Kosten der Allgemeinheit. Preise werden sinnlos in die Höhe getrieben, Eigenverantwortung abgebaut.**

10 Unternehmen mit einem jährlichen Umsatz von 351 Milliarden Dollar. Multinationaler Einfluss, ständiges Wachstum sowie eine Aura von Unbesiegbarkeit und Dominanz. Dazu eine lange Liste an Skandalen, Korruption und Vertuschungen sowie eine breite Masse an Kritikern, die die Pharmakonzerne als schädlich für die wirtschaftliche Entwicklung und das Gemeinwohl erachten. Die Pharmabranche verkörpert genau das, was bestimmte Kritiker als «Kartell» bezeichnen würden. Die ZDF-Dokumentationsreihe Frontal 21 sprach im Jahr 2008 sogar offen von einem «Pharmakartell». (1) Doch der arglose Beobachter mag Probleme damit haben, den Begriff «Kartell» genauer einzuordnen. Ein Monopol? Eine Zusammenarbeit von Konkurrenten? Die Unternehmen mit dem höchsten Umsatz?

Der vorherrschende Begriffsnebel, der auch in Schulen und Universitäten nicht gelichtet wird, macht es einem schwer, das eigentliche Wesen eines Kartells zu begreifen. Viele Konzern-Kritiker sehen den freien Markt als Hauptfaktor für die Entstehung von Kartellen. Sie sagen, in einem unregulierten Wirtschaftssystem würden sich die rücksichtslosesten Unternehmen durchsetzen, die ihre Mitarbeiter am stärksten ausbeuten. Um diese negativen Effekte des freien Markts zu verhindern, müsse der Staat ordnend in die freie Wirtschaft eingreifen, um Monopole und Kartelle zu verhindern. Doch offensichtlich verfügen die meisten Staaten der Erde bereits über Kartellämter und Wettbewerbsbehörden, die den Markt regulieren, um Machtkonzentrationen zu verhindern. Die Macht internationaler Konzerne wächst jedoch ungebremst an. Machen die Kartellämter ihre Arbeit nicht ordentlich? Oder liegt hier vielleicht doch ein grosses Missverständnis vor, was das Wesen von Kartellen betrifft?

Mehr Geld für weniger Leistung

Tatsächlich erfährt man zu selten die entscheidende Antwort auf die Gretchenfrage, warum bestimmte Kartellunternehmen so gross und mächtig sind: Sie haben einen Weg gefunden, mehr Geld für weniger Leistung zu verlangen. Produkte verkaufen sich besser, je günstiger und hochwertiger sie sind, doch für niedrigere Preise und höhere Qualität ist eine Leistungssteigerung des Unternehmens notwendig. Um diese Leistungssteigerung zu vermeiden, treffen Unternehmen Absprachen, nicht in gegenseitigen Wettbewerb zu treten. Die Unternehmen schützen sich also vor



Einfluss auf Staat durch Lobbyismus, um Gesetze und Regularien zugunsten der Konzerne zu erlassen.

Staat

Mächtigere Monopole/Oligopole

Erlassene Gesetze und Regularien vergrössern Markteintrittshürden für potenzielle neue Marktteilnehmer, die Monopole brechen könnten.

Konzern A

Konzern B

Absprachen

Konzern C

Konzern D

Neuer Marktteilnehmer

Kann aufgrund des fehlenden politischen Einflusses den Monopolen/Oligopolen keine Konkurrenz machen.

Erhält aufgrund fehlender Konkurrenz schlechtere und teurere Produkte/Dienstleistungen von den Konzernen.

Kunde

Der Staat schützt Konzerne, indem er z.B. Regulierungen schafft, deren Einhaltung sich nur große Konzerne leisten können. Ebenfalls verschafft er ihnen günstigere Bedingungen (z.B. Steuervorteile). Behörden und Aufsichten können korrumpiert werden (z.B. das Versprechen eines Postens in der Privatwirtschaft).

Kartelle
Da Konkurrenz teuer ist und ständige Innovation und Optimierung benötigt wird, sind gemeinsame Absprachen für Unternehmen ein deutlich günstigerer Weg.

Der Verlierer ist neben der potenziellen Konkurrenz der Kunde, da dieser für unnötig schlechte Produkte/Dienstleistungen einen hohen Preis zu zahlen hat.

Top 10 der grössten Pharmaunternehmen 2018

	Unternehmen	Umsatz in Milliarden Dollar
1	Pfizer NEW YORK, NEW YORK [PFIZER.COM]	$45.302
2	Roche BASEL, SWITZERLAND [ROCHE.COM]	$44.552
3	Novartis BASEL, SWITZERLAND [NOVARTIS.COM]	$43.481
4	Johnson & Johnson NEW BRUNSWICK, NEW JERSEY [JNJ.COM]	$38.815
5	Merck & Co. KENILWORTH, NEW JERSEY [MERCK.COM]	$37.353
6	Sanofi PARIS, FRANCE [SANOFI.COM]	$35.121
7	AbbVie NORTH CHICAGO, ILLINOIS [ABBVIE.COM]	$32.067
8	GlaxoSmithKline BRENTFORD, ENGLAND [GSK.COM]	$30.645
9	Amgen THOUSAND OAKS, CALIFORNIA [AMGEN.COM]	$22.533
10	Gilead Sciences FOSTER CITY, CALIFORNIA [GILEAD.COM]	$21.677

Quelle: Evaluate Pharma, Mai 2019

➔ Preissenkungen, die eine Steigerung der eigenen Gesamtleistung erfordern würden. Ein Unternehmen könnte sich durch eine Preissenkung für seine Produkte einen höheren Marktanteil sichern, da mehr Leute es kaufen würden. Allerdings gilt das nur solange, wie andere Unternehmen diesem Beispiel nicht folgen. Die Annahme liegt jedoch nahe, dass auch die Konkurrenz ihre Preise senken wird, um keine Kunden zu verlieren. Eine Preissenkung bei einem Produkt führt deshalb tendenziell zu niedrigeren Preisen bei allen, wovon in erster Linie der Kunde profitiert. Um diese Preissenkung zu vermeiden, schliessen sich Firmen zusammen und verpflichten sich, keine Wettbewerbsstrategien zu verfolgen. Wenn Unternehmen ein Kartell formen, verfolgen sie das Ziel, keine Kunden zu verlieren, trotz gleichbleibender oder sogar steigender Preise für gleichbleibende oder sogar schlechter werdende Produkte oder Dienstleistungen. Am Ende ist der Leidtragende der Konsument: Er muss höhere Preise zahlen, da die Unternehmen auf einen Preiskampf verzichten.

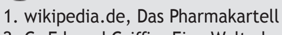
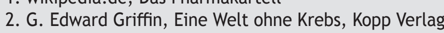
Fluchtweg aus freiem Unternehmertum

Doch Preisabsprachen hin oder her: Wenn mehrere Unternehmen gemeinsam die Entscheidung treffen, sich keine Konkurrenz in den Produktpreisen zu machen, was hindert Aussenstehende daran, nicht einfach selbst ein Unternehmen zu gründen, die Preise des Kartells zu unterbieten und sich einen höheren Marktanteil zu sichern? Hier kommt nun der Staat ins Spiel, um den Wettbewerb zu umschiffen. Eine Regierung mit der Fähigkeit, jeden Aspekt des Wirtschaftslebens zu regulieren, ist ein natürlicher Freund und Verbündeter der Kartelle und Monopole, denn sie kann ihre potenzielle Konkurrenz durch Gesetze ausschalten: Wenn ein Grossunternehmen den Wettbewerb um Kunden zunehmend verliert, hat es die Möglichkeit, Einfluss auf die Politik zu nehmen, um seinen Wirtschaftsbereich «regulieren» zu lassen. Der Staat kann daraufhin umfangreiche Vorschriften erlassen, die das Grossunternehmen begünstigen oder Kosten verursachen, die sich das Grossunternehmen leisten kann, seine Konkurrenz aber nicht. Mit weniger verbliebenen Konkurrenten kann sich das Grossunternehmen höhere Preise, niedrigere Produktqualität und niedrigere Löhne erlauben sowie Konkurrenten aufkaufen. So schaltet das Pharmakartell beispielsweise, wie auf den kommenden Seiten erläutert wird, seine Konkurrenz mit staatlichen Regulierungen wie der Versicherungspflicht oder Arzneimittelgesetzen, die ihre Produkte privilegieren, aus.

Manipulation statt Produktion

Nicht nur in der Pharmabranche wird diese Strategie verfolgt: Sieht man sich die wichtigsten Weltmärkte an – für Erdöl, Autos, Nahrungsmittel uvm. –, wird man einen Berg von staatlichen Gesetzen finden. Und auf diesem Berg tummelt sich ein Heer von Lobbyisten, die irgendwelche Sonderinteressen vertreten und Druck auf Politiker machen, die ihrerseits Gesetze verabschieden, die angeblich die Bevölkerung schützen. Daher ist es nicht nur eine Frage des Prestiges, sondern pure Notwendigkeit, dass die politische Prominenz entweder in die Aufsichtsräte grosser internationaler Konzerne wandert oder andersherum. Während Politiker allerdings kommen und gehen, wächst die Finanzkraft der Kartelle an und wird von Generation zu Generation weitergegeben. Sogar der Sozialist Ferdinand Lundberg gestand in den Sechziger-Jahren ein: «Die Einschränkung des freien Unternehmertums geht zudem hauptsächlich auf Geschäftsleute zurück, die stets versucht haben, das Ausmass der Regulierung durch den Staat in ihrem eigenen Interesse zu verstärken, so zum Beispiel bei Zöllen, Subventionen und Verboten von Preissenkungen bei Markenartikeln. Tatsächlich haben sich die Interessen der Geschäftsleute verschoben, von Effizienz in der Produktion auf die Effizienz in der Manipulation der öffentlichen Meinung, einschliesslich der Manipulation des Staates zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen.» [2] *(tk)*


Quellen:


1. wikipedia.de, Das Pharmakartell

2. G. Edward Griffin, Eine Welt ohne Krebs, Kopp Verlag

Wie Ärzte von der Pharmaindustrie eingespannt werden

Das ZDF-Magazin «Frontal 21» gab am 16. Oktober 2007 erschreckende Einblicke in die Lobbywelt der Pharma-Industrie. Das Magazin berichtete über den Krebskongress in Basel. Dort habe die Pharmaindustrie rund 3000 Krebsspezialisten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bewirtet und verwöhnt. Laut dem ZDF handelte es sich bei den Krebsexperten in erster Linie um Professoren, Chefärzte und Oberärzte. Also um diejenigen, die entscheiden, welche Medikamente verschrieben werden. Die Ärzte seien auf dem Krebskongress von der Pharmaindustrie von morgens bis abends verhätschelt worden. Es gehe den Pharma-Firmen darum, die Ärzte bei einer Verschreibung ihrer Medikamente grosszügig zu entlohnen. Auf den Kongressen würden mündliche Vereinbarungen getroffen, die sich für beide Seiten lohnten. Eine Pharma-Firma zahle an einen einzigen Arzt für die Verordnung ihrer Krebsmedikamente eine finanzielle Unterstützung von 50.000 Euro. Den Preis der Medikamente stellte der Beitrag ebenfalls in Frage. Eine Toxikologin kam zu Wort, die erklärte, wie Pharma-Konzerne Medikamente mit neuem Namen, aber kaum verändertem Wirkstoff zu hundertfachem Preis auf den Markt brächten, obwohl die neuen Medikamente kaum wirksamer seien als ihre Vorgänger. Die Firmen setzten die Preise alleine fest und die Krankenkassen kauften sie ihnen ab. Seit 2007 hat sich an dieser Praxis wenig geändert. Die Baseler Firma Roche war damals und ist bis heute der Marktführer im Krebsgeschäft. ***(tk)***

Korruption in der Praxis?

3000 hochrangige deutsche Krebsärzte werden in die Schweiz eingeladen und dort von der Pharmaindustrie verhätschelt.





Viele von ihnen erhielten enorme Summen für die Verschreibung der Medikamente. Wie kann man diesen Vorgang sonst beschreiben ausser mit dem Wort «Bestechung»?

Bedeutet dies nicht, dass die wichtigsten deutschen Onkologen unter dem Einfluss der Pharmaindustrie stehen?



Quelle: Das Geschäft mit dem Krebs oder wie verarsche ich meinen Patienten, youtube.com, 10.05.2014

Quelle: Das Geschäft mit dem Krebs oder wie verarsche ich meinen Patienten, youtube.com, 10.05.2014

Schweizer SRF: Ärzte-Verbände kassieren Millionen von Pharma-Unternehmen

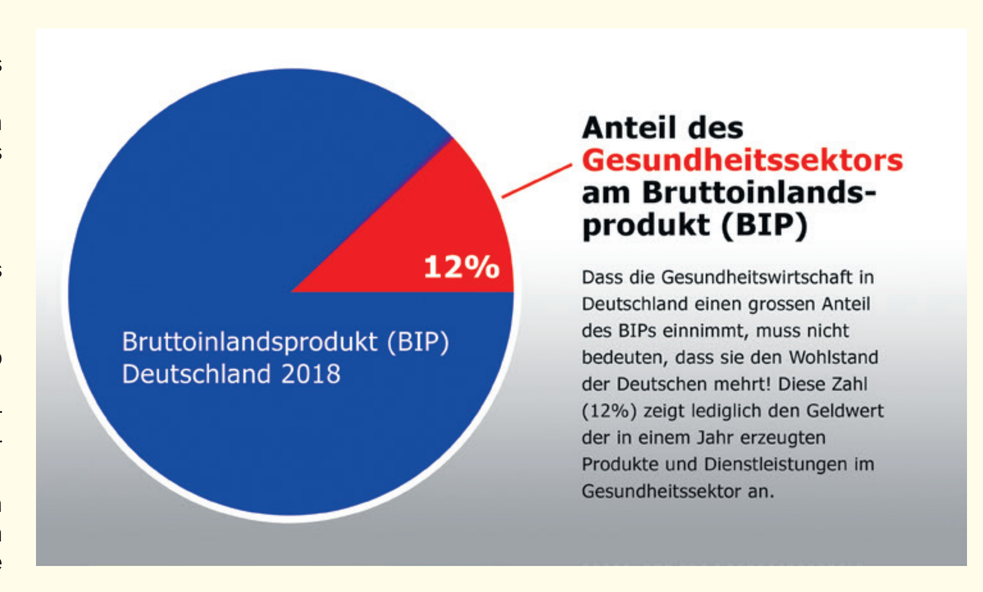


Die Schweizer Pharmaindustrie hat im Jahr 2015 140 Millionen Franken an Ärzte- und Gesundheitsorganisationen ausgezahlt. Das haben Recherchen des Schweizer Fernsehens SRF ergeben. Mit dabei die «Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung», die knapp eine Million Franken erhielt. Ärzte entscheiden, welche Medikamente Patienten erhalten. Schweizer Ärztevereinigungen, die 2015 7,7 Millionen von der Schweizer Pharmaindustrie erhielten, sind zentral im Gesundheitswesen, da sie Richtlinien für die Behandlungen festlegen. Es liegt nahe, dass sich die Pharmaindustrie mit diesen Zahlungen Einfluss auf Ärzteschaft und die von ihr verschriebenen Medikamente erkauft. Der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck sagte dem SRF: «Ich glaube, Pharmafirmen sind sehr professionelle, sehr profitorientierte Firmen, und wenn die solche Zahlungen machen, dann kann man davon ausgehen, dass sie das nicht als Geschenk machen, sondern, dass sie sich letztlich auch eine Wirkung für Geschäft davon versprechen – also mehr Umsatz.» ***(tk)***

Quelle: srf.ch, FOKUS: Ärzte-Verbände kassieren Pharma-Millionen, 17.10.2016

Eine boomende Branche bedeutet nicht immer mehr Wohlstand!

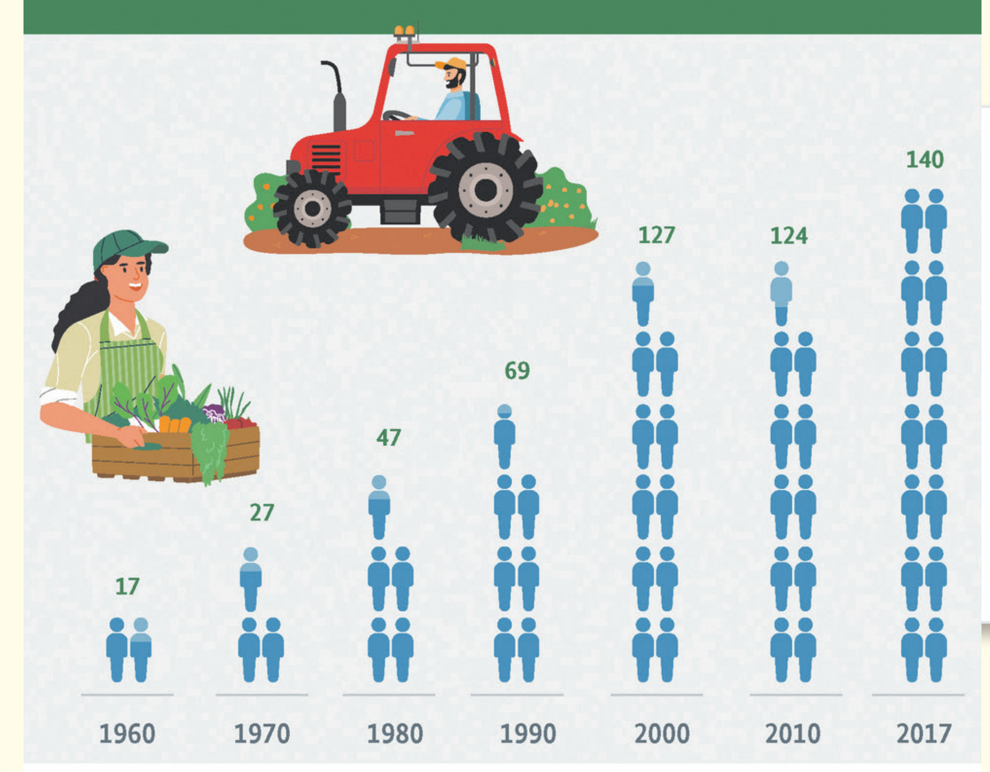
Was für ein gewaltiges Geschäft das Geschäft mit dem Krebs für die Pharmaindustrie tatsächlich ist, wird durch einen Blick auf die offizielle Seite des deutschen Ministeriums für Gesundheit deutlich. Stolz wird dort verkündet, dass die sogenannte Gesundheitsindustrie inzwischen rund 12% des BIPs Deutschlands ausmache. Die Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft lag 2018 bei knapp 370 Mrd. Euro, das BIP lag bei 3,35 Billionen Euro. Unter anderem steht dort wörtlich: «Die Gesundheitswirtschaft sorgt des Weiteren für eine konjunkturunabhängige und damit wirtschaftlich stabilisierende Nachfrage und ist zudem Beschäftigungsmotor für die deutsche Wirtschaft insgesamt.»[1]



Grossartig, das Geschäft mit dem Leiden als Wirtschaftsmotor.

Je mehr kranke Menschen, desto stabiler gedeiht der Gesundheitssektor. Geht diese Rechnung wirklich auf?

Die Erfolgsmeldung des Gesundheitsministeriums enthält eine indirekte Drohung: Wenn die Pharmaindustrie schwächelt, schwächelt die Wirtschaft und damit der Wohlstand der Bevölkerung. Dass dies nicht der Fall ist und mit kleiner werdenden Wirtschaftszweigen auch gleichzeitig neue entstehen, hat die Vergangenheit immer wieder gezeigt. Ein anderes Wort dafür ist schlicht: Fortschritt. Beispielsweise sank in den letzten 100 Jahren in Deutschland der Erwerbstätigenanteil in der Landwirtschaft von 38% auf 2%.[2] Und das lag nicht an einem Niedergang der Branche, sondern an ihrer Effizienzsteigerung. Mit der Drohung «Arbeitslosigkeit» sorgen Politik und Pharmakonzerne jedoch dafür, dass diese Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem nicht stattfinden kann und hohe Gewinne bei niedriger Leistung erzielt werden. *(tk)*





Dass immer weniger Menschen in einer Branche arbeiten, ist meist die Folge einer Effektivitätszunahme. Da beispielsweise immer weniger Landwirte immer mehr Menschen ernähren können, nimmt die Anzahl der Landwirte ab. Die Behauptung, die Effizienzsteigerung führe zu Arbeitslosigkeit und damit in den wirtschaftlichen Niedergang, ist ein beliebtes Angst-Argument der Politik und der mit ihr verstrickten Konzerne.

Quellen:

1. bundesgesundheitsministerium.de, Bedeutung der Gesundheitswirtschaft
2. de.wikipedia.org, Landwirtschaft

Prüfstellen – Erfüllungsgehilfen der Industrie?

Wie kommt ein Medikament überhaupt auf den «Markt»? Um die Zulassung für ein Medikament in einem Land zu erhalten, muss ein Pharmakonzern eine oder mehrere Studien bei einer Arzneimittelprüfstelle einreichen, welche die Wirksamkeit des Medikaments und dessen Verträglichkeit für den Menschen belegen. Diese Prüfstelle überprüft daraufhin die vom Hersteller eingereichten Ergebnisse auf ihre Richtigkeit – zumindest in der Theorie. Eine Medikamentenstudie sollte in mehreren Schritten verlaufen: Zuerst wird in Labors getestet, ob ein Molekül in einem bestimmten chemischen Umfeld eine erhoffte Veränderung herbeiführt. Wenn ein Wirkstoff gefunden wurde, der im chemischen Versuch seine Wirkung zeigt, wird er an Tiere verabreicht. Falls die Tiere die gewünschte Reaktion zeigen oder zumindest keine toxische Wirkung eintritt, wird der Wirkstoff erstmals am Menschen getestet. Meist sind das etwa ein Dutzend gesunde Freiwillige, die das Medikament in einem medizinischen Umfeld in steigenden Dosen einnehmen. Wenn nachgewiesen ist, dass das Mittel im Grossen und Ganzen sicher ist, wird es Patienten mit denjenigen Symptomen verabreicht, für die das Medikament entwickelt wurde. Erst ein paar hundert, daraufhin meist über tausend Testpatienten. Für eine Zulassung muss bei der Prüfungsstelle eine Studie mit positivem Ergebnis eingereicht werden. Im Allgemeinen muss ein Unternehmen damit rechnen, dass es zum Nachweis der Wirksamkeit eines Medikaments zwei bis drei klinische Studien mit mindestens tausend Teilnehmern einreichen muss. Die durchschnittlichen Kosten für jede einzelne Studie liegen im zweistelligen Millionenbereich.

Unabhängige Forschung?

Was viele nicht wissen: Die Studien, die die Pharmahersteller bei den Behörden einreichen, werden zu 90% von ihnen selber durchgeführt. [1] 2010 trugen drei Wissenschaftler aus Harvard und Toronto alle Studien zu den fünf grössten Medikamentengruppen zusammen und untersuchten zwei zentrale Fragen: War ihr Ergebnis positiv? Und waren sie von der Industrie finanziert worden? Man fand insgesamt über 500 Studien: 85% der von der Industrie finanzierten waren positiv, doch nur 50 Prozent der unabhängig finanzierten. [2] 2003 wurden zwei systematische Übersichtsarbeiten veröffentlicht, die alle je veröffentlichten Studien mit der Frage untersuchten, ob ein Zusammenhang bestehe zwischen Studien, die von der Pharmaindustrie direkt finanziert wurden und deren überproportional positiven Ergebnissen. Beide kamen zum Ergebnis, dass von der Industrie finanzierte Studien insgesamt mit etwa viermal höherer Wahrscheinlichkeit über positive Resultate berichteten. [3]

Dieser signifikante Unterschied lässt sich wohl dadurch erklären, dass Pharma-



Alle(!) Studien zu Medikamenten, die auf das Zentralnervensystem wirken, die (Stand 2006) seit ihrer Einrichtung von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zugelassen worden waren, hatten laut einer Studie italienischer Wissenschaftler eklatante Mängel!

Sind Studien mit eklatanten Mängeln nicht wertlos?

Erteilte die EMA Zulassungen für Medikamente auf Basis völlig wertloser Studien?

Millionen – wenn nicht Milliarden - wurden investiert in Studien, die keinerlei Aussagekraft besitzen?

Die Frage sei erlaubt: Wenn die enormen Kosten für die Zulassungsstudien in wertlose Studien investiert werden, sollte man das Medikament dann nicht einfach ohne Zulassungsstudie zulassen?

Oder erfüllen diese hohen Kosten schlicht den Zweck, gewissen Firmen ihre Monopolstellung zu sichern?

Quelle: Barbui C., Cipriani A., Lintas C., Bertele V., Garattini S., «CNS Drugs approved by the centralized European procedure: true innovation or dangerous stagnation?», in: Psychopharmacology, 22.11.2006, S.265-268.

➔ konzerne ein grösseres Interesse an erfolgreichen Studien haben, welche ihre Medikamente für eine Zulassung empfehlen, als an Studien, welche Wirkungslosigkeit oder gar Toxizität nachweisen? Autoren einer Studie aus dem Jahr 2003 kamen zu dem Schluss, «dass industriegesponserte Forschung dazu neigt, industriefreundliche Ergebnisse zu erbringen.» [4] Auch wenn viele von der Pharmabranche beauftragte Wissenschaftler den Behörden eine vollkommen unabhängige und ergebnisoffene Forschung ihrerseits versichern, scheint es fraglich, ob sie als Auftragnehmer und Geldempfänger der Pharmakonzerne nicht eher auch deren Interessen durchsetzen als diejenigen anderer Parteien. Wenn eine Studie zu einem Medikament vom Hersteller des Medikaments selber finanziert wird, macht es den Anschein, dass die damit beauftragten Forscher und Wissenschaftler eher dazu geneigt sind, dem Medikament unabhängig vom objektiven Studienergebnis ein positives Zeugnis auszustellen.

Manipulationsmethoden

Es gibt viele Methoden, wie auf das Ergebnis einer Studie unauffällig Einfluss genommen werden kann: Italienische Wissenschaftler untersuchten 2006 die Studien aller Medikamente und die auf das Zentralnervensystem wirken, die seit der Einrichtung der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zugelassen worden waren. Sie erkannten ernsthafte Mängel an den zur Zulassung eingereichten Daten. Es fehlten wichtige Informationen in den Studienberichten: Die Anzahl der Probanden, die den Versuch vorzeitig abbrachen, sowie deren Gründe dafür, war nicht deutlich ausgewiesen. Desweiteren war das Design der Studien problematisch. Die Mehrheit der Studien (75 von 83) verlief nur über einen sehr kurzen Zeitraum. Auch war die Anzahl der Teilnehmer sehr klein: So hatte nicht eine der eingereichten Studien genügend Probanden, um wirklich aussagekräftige Ergebnisse zu liefern. [5] Wer die Resultate von Studien zugunsten seines Medikaments verfälschen will, hat folglich genügend Möglichkeiten dazu, da man bereits durch eine mangelhafte Planung und Umsetzung die Chancen auf ein erwünschtes Ergebnis erhöhen kann. All diese mangelhaften Studien reichten für eine Zulassung aus.

Vertuschte Daten

2009 untersuchte eine Studie erstmals, wie viele der Medikamenten-Erstversuche am Menschen veröffentlicht werden und wie viele unter Verschluss bleiben. Darin wurden alle von einer Ethikkommission in einem Jahr genehmigten Studien betrachtet: Nach vier Jahren waren neun von zehn unveröffentlicht. [6] Das bringt einen in der Medizin-Forschung weit verbreiteten Umstand ans Licht, mit unabsehbaren Konsequenzen für die Gesellschaft: Pharmaunternehmen führen mehrere Studien durch, und wenn es sich abzeichnet, dass die Ergebnisse ungünstig ausfallen, veröffentlichen sie sie einfach nicht. Für die Patienten ist dies fatal: So werden nur diejenigen Studien veröffentlicht, die den Auftrag- und Geldgebern von Nutzen sind. Die Prüfstellen bekommen ausschliesslich die positiven Resultate zu sehen und nicht die negativen. Es könnten beispielsweise 10 Studien mit demselben Medikament durchgeführt werden, von denen 7 negativ verlaufen und nur 3 positiv. Die drei positiven Studien könnte man dann vollkommen legal bei der Zulassungsbehörde einreichen. Pharma-Grosskonzerne haben die nötigen finanziellen Mittel, um auch Studien zu stemmen, die nie veröffentlicht werden.

Müsste nicht gerade beim Thema Gesundheit eine universelle Übereinkunft vorhanden sein, die klarstellt und regelt, dass alle Wissenschaftler verpflichtet sind, ihre Ergebnisse zu veröffentlichen, und dass Geldgeber aus der Industrie keinerlei Einfluss auf die Daten nehmen dürfen? Eine 2006 in der amerikanischen Fachzeitschrift «Journal of the American Medical Association» (JAMA) veröffentlichte Arbeit [7] beschreibt, wie verbreitet Einschränkungen



Foto: Martin Kraft (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:MJK_67604_Karl_Lauterbach_(Bundestag_2020).jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/de/legalcode

SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach: «Kleinere Pharmafirmen sind nahezu chancenlos»

«Es gibt nur wenige grosse Unternehmen, die neue Krebsmedikamente auf den Markt bringen können. Das liegt daran, dass kleine Firmen oder wissenschaftliche Institute die Wirkstoffe zwar erfinden, sie aber nicht schnell genug durch das Zulassungsverfahren manövrieren können. Dazu fehlen ihnen das Geld und auch der Einfluss auf die notwendigen Wissenschaftler in Kliniken und in Zulassungsbehörden. Im Prinzip ist die Kernkompetenz der grossen Pharmakonzerne nicht ihre Forschung, sondern ihr Geld und ihre Kontakte. Da gerade in der Krebsbehandlung die Studien teuer und der Zeitdruck enorm sind, haben sie einen riesigen Wettbewerbsvorteil. Kleinere Pharmafirmen sind nahezu chancenlos [...] Tatsächlich haben wenige grosse Unternehmen mittlerweile quasi ein Monopol auf Krebsmedikamente – es gibt kein einziges mir bekanntes, das von einer kleinen Firma entwickelt und auf den Markt gebracht worden wäre.»»

Quelle: Karl Lauterbach, Die Krebs-Industrie: Wie eine Krankheit Deutschland erobert, Rowohlt Berlin, 01.09.2015

bei der Veröffentlichung der Resultate für Forscher in industriefinanzierten Studien sind. Darin wurden alle in Kopenhagen und in Frederiksburg zugelassenen Studien untersucht. Diese Studien wurden zum überwältigenden Teil von der Pharmaindustrie finanziert (98 Prozent), und den Umgang mit den Resultaten darf man als absurd und erschreckend bezeichnen: Bei 40 der 44 Studien gab es Einschränkungen bei den Rechten zur Veröffentlichung. Bei der Hälfte wurde offen geregelt, dass entweder die Daten dem Geldgeber gehörten oder dessen Zustimmung zur Veröffentlichung notwendig war oder beides. Keine dieser Einschränkungen wurde in einer veröffentlichten Arbeit erwähnt. So konnten Versuche, die frühzeitig darauf hindeuteten, dass sie negative Ergebnisse bringen würden (sowie Versuche, die negative Ergebnisse brachten), aus den wissenschaftlichen Aufzeichnungen gelöscht werden.

Selektives Vorgehen

Die Arbeit kommt zum Schluss, dass in der Medizin mittlerweile eine Kultur vorherrscht, in der routinemässig Informationen zurückgehalten werden. Forscher und Wissenschaftler, die solche Studien durchführen, unterschreiben Verträge mit Maulkorbklauseln, die ihnen untersagen, Daten ohne Erlaubnis des Geldgebers aus den von ihnen durchgeführten Studien zu veröffentlichen, zu diskutieren oder zu analysieren. Sogar der Versuch, diese Praxis der Geheimhaltung öffentlich zu dokumentieren, wird mit drastischen Sanktionen unterbunden und kann sehr riskant sein. Wohlgemerkt handelt es sich dabei um die Gesundheit der Menschen, in vielen Fällen



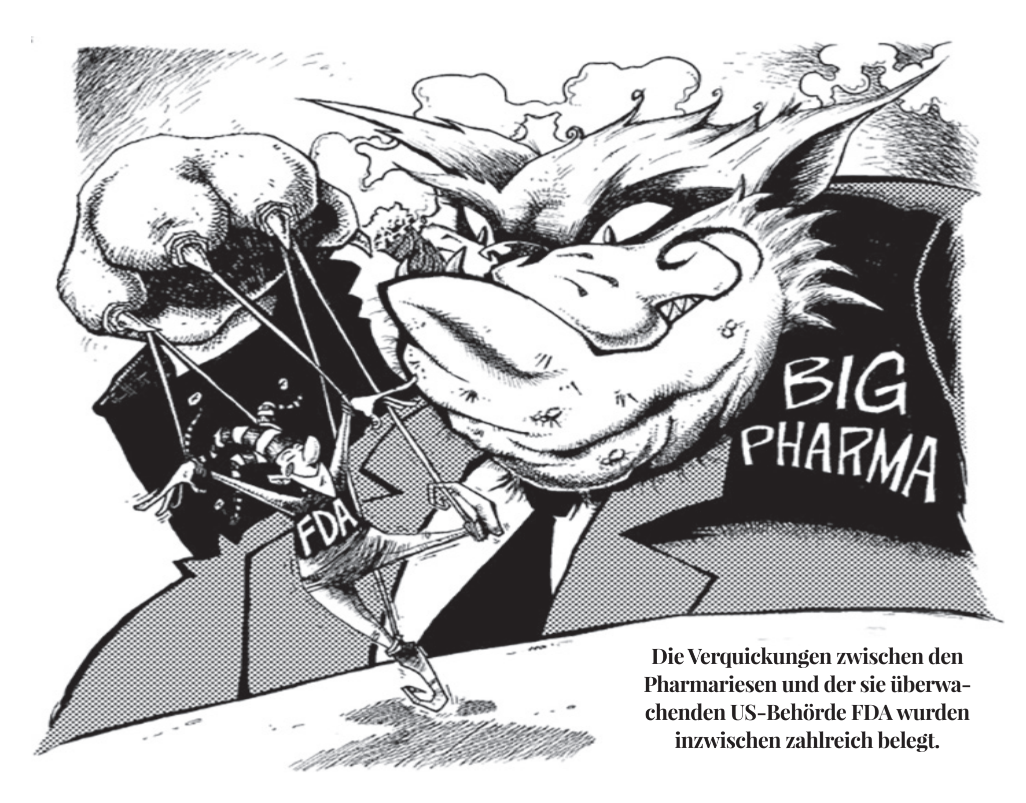


Foto: Envato Elements

Werden Zulassungsstudien nach diesem Schema eingereicht?

Ein Autobauer fälscht Abgaswerte und die Medien drehen durch. Pharmaunternehmen verfälschen gewohnheitsmässig Studien und gefährden unser Leben? Den Medien ist es egal?





Die Verquickungen zwischen den Pharmariesen und der sie überwachenden US-Behörde FDA wurden inzwischen zahlreich belegt.



➔ kann die Wirksamkeit oder Toxizität eines Medikaments über Leben oder Tod entscheiden! Um Nutzen und Risiken eines Medikaments zu beurteilen, braucht man alle Daten, auch und gerade diejenigen, die auf Negatives hinweisen. Es ist, als würde man eine Münze hundert Mal werfen und nur von den Versuchen berichten, bei denen die Kopfseite nach oben zeigte. Doch gerade bei medizinischen Studien ist ein solch selektives Vorgehen schon seit Langem toleriert und gesetzlich legitimiert. Unternehmen dürfen beliebig viele Studien durchführen und dann entscheiden, welche sie veröffentlichen.

Was zunächst völlig absurd und unglaublich klingt, trifft tatsächlich zu: Auftraggeber und Herausgeber von medizinischen Studien haben zahlreiche Möglichkeiten, etwa durch Eingriff in den Prozess, Selektion, vorzeitigen Abbruch und Nichtveröffentlichung die gewünschten Resultate zu erzielen und diese zu veröffentlichen, ohne sich dabei einer klaren Fälschung schuldig zu machen.

Die Zulassungsbehörde

Letztendlich wäre aber jede Manipulation des Medikamentenherstellers zwecklos, wenn die Arzneimittelprüfstelle, bei welcher der Hersteller die Studie einreicht, diese penibel nach objektiven Massstäben auf ihre Glaubwürdigkeit überprüfen würde. Doch scheinen die Pharmakonzerne auch hier ihren Einfluss geltend zu machen und unabhängige Forschung zu behindern: Im Jahr 2006 befragte die «Union of Concerned Scientists» 1000 Wissenschaftler, die bei der amerikanischen Prüfstelle FDA beschäftigt waren. [8] Die FDA (Food and Drug Administration) ist die Arzneimittelbehörde der USA und gilt als weltweit wich-

Mafiöse Korruption im Gesundheitswesen?

Der Epidemiologe Peter C. Gøtzsche trägt in seinen Büchern Beweismaterial dafür zusammen, dass Pharmakonzerne die Wissenschaft systematisch korrumpieren, indem sie den Nutzen ihrer Medikamente überbewerten und den Schaden herunterspielen. Er weist nach, dass die Industrie Ärzte, Akademiker, Fachzeitschriften, Berufs- und Patientenorganisationen, Hochschulinstitute, Journalisten, Kontrolleure und Politiker kauft. Für ihn sind das Methoden der Mafia, weshalb der Titel seines neuesten Buches auch lautet: «Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität: Wie die Pharmaindustrie unser Gesundheitswesen korrumpiert.»



amazon

Angenommen Amazon würde seine Richtlinien von heute auf morgen dahingehend ändern, dass es nur noch dem Verkäufer selbst gestattet wäre, sein eigenes Produkt zu rezensieren, glauben Sie, es gäbe dann noch so etwas wie eine schlechte Produktbewertung?

Eine Zulassungsstudie kostet Millionen, oft sogar über 100 Millionen Euro.

Nur grosse Konzerne wie die Pharmaunternehmen können sich diese Studien leisten – oft sogar mehrere von ihnen.

Kleine Medikamentenhersteller können sich diese Zulassungsstudien nicht leisten. Sie müssen entweder mit den grossen Pharmaunternehmen zusammenarbeiten oder aus dem Markt ausscheiden.

Laut dem SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach gibt es (Stand 2015) kein einziges ihm bekanntes Krebsmedikament, das von einer kleinen Firma entwickelt und auf den Markt gebracht worden wäre.

Wird so durch ein perfides Zulassungssystem Konkurrenz für die grossen Pharma-Oligopole vom «Markt» ferngehalten?

tigste Zulassungsinstanz für Medikamente. 61% von ihnen gaben an, sie wüssten von Fällen, in denen «politische Vertreter des Gesundheitsministeriums oder der Arzneimittelbehörde FDA unangemessen in Entscheidungen oder Handlungen der FDA eingriffen». Ein Fünftel gab an, sie seien selbst schon einmal «aufgefordert worden, aus nicht wissenschaftlichen Gründen fachliche Informationen unsachgemäss in einem wissenschaftlichen Dokument der FDA auszuschliessen oder zu verändern». Nur 47% waren der Ansicht, die FDA liefere «routinemässig vollständige und korrekte Informationen für die Öffentlichkeit». Noch offener war David Graham, der «Associate Director» für Forschung in der FDA-Abteilung für Medikamentensicherheit, der vor dem amerikanischen Finanzausschuss sagte: «Die FDA ist zu einem Erfüllungsgehilfen der Industrie geworden.»

Um die Zulassung eines Medikaments direkt zu beeinflussen, müssen die Behördenleitung oder Politiker, die Einfluss auf diese nehmen, vereinnahmt werden. Korruption ist in diesem Bereich schwer nachzuweisen, denn es wird als legitim betrachtet, Mitarbeitern der Prüfstellen oder politischen Entscheidungsträgern eine lukrative berufliche Zukunft bei einem Pharmaunternehmen in Aussicht zu stellen. So werden direkte Bestechungsgelder überflüssig. Ein gutes Beispiel dafür lieferte der Leiter der Europäischen Arzneimittelagentur EMA im Jahre 2011 gleich selbst: Die EMA überwacht die Pharmaindustrie europaweit und hat die Verantwortung für die entsprechenden Behörden in den einzelnen Mitgliedsstaaten übernommen. Im Dezember 2010 trat Thomas Lönngren als verantwortlicher Direktor der EMA zurück. Am 28. desselben Monats teilte er dem EMA-Verwaltungsrat in einem Brief mit, dass er in nur vier Tagen, am 1. Januar 2011, als Berater in der Pharmaindustrie tätig werde. Kein Einzelfall. Das zeigt: Lobbyismus und politische Einflussnahme grassieren, wie überall, auch in der Pharmabranche. Pharmakonzerne und Prüfstellen wechseln ihr Personal regelmässig durch die Drehtür aus. Interessenkonflikte, die sich daraus automatisch ergeben, lassen die Frage zu, ob das gesundheitliche Wohl der Patienten die oberste Priorität behält.

Die Drehtür

Der Anreiz für einen Wechsel in die Wirtschaft ist durchaus nachvollziehbar: Die Regierungsbehörden bieten nicht dieselben finanziellen Perspektiven wie die Industrie, und nach einiger Zeit stellt man als Mitarbeiter einer Prüfstelle fest, dass die Angestellten der entsprechenden Unternehmen die besseren Autos fahren. Sie leben in teureren Wohngebieten, und ihre Kinder besuchen bessere Schulen. Aber im Grunde machen sie dieselbe Arbeit, nur



auf der anderen Seite des Zauns. Es versteht sich von selbst, dass ein Behördenmitarbeiter mit Insiderwissen für ein Unternehmen sehr wertvoll sein kann, denn die Regeln bei der Prüfung eines Medikaments sind oft umständlich und viele Details «womit man durchkommt» gibt es nur in mündlicher Überlieferung. So spielen viele Mitarbeiter der Prüfstellen mit dem Gedanken einer beruflichen Zukunft in der Privatwirtschaft, oft liegen sogar explizite Angebote vor. Wer einen Wechsel zu einem Unternehmen plant, wird, soweit möglich, kaum entgegen den Interessen des zukünftigen Arbeitgebers handeln. Das ist ein schwerwiegender Interessenkonflikt, der sich kaum überwachen und regulieren lässt. Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Vorschläge gemacht, wie mit Experten in den Behörden umzugehen sei, die in direkter Verbindung zur Industrie stehen. Eine Möglichkeit wäre natürlich, sie von der Entscheidungsfindung völlig auszuschliessen. Doch das schafft wiederum neue Probleme, denn man findet kaum einen Wissenschaftler ohne solche Verbindungen. Das liegt nicht etwa daran, dass alle Wissenschaftler korrupt oder geldgierig wären, sondern daran, dass seit mehr als zwei Jahrzehnten an den Universitäten die Zusammenarbeit mit der Industrie mit aller Kraft vorangetrieben wird.



«Der auch in der Öffentlichkeit immer noch vorherrschende Irrglaube: ‹Ein Arzneimittel, das zugelassen ist, ist sicher›, ist eindeutig nicht richtig.»

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Facharzt für Innere Medizin

Quelle: Das Pharmakartell: Wie wir als Patienten betrogen werden, Frontal21, ZDF, 2008

Gemeinsame Vertuschung

Man könnte unzählige weitere konkrete Beispiele nennen, wo Behörden durch den Lobbyismus der Pharmakonzerne beeinflusst werden. Einen deutlichen Hinweis darauf gibt die Tatsache, dass Behörden die Daten, die sie von Pharmaunternehmen erhalten, in vielen Fällen genauso vor der Öffentlichkeit geheim halten wie die Pharmaunternehmen selbst. 2007 beantragten Forscher vom «Nordic Cochrane Centre» bei der EMA Einsicht in die Prüfpläne und Studienberichte zweier Medikamente. Die EMA weigerte sich und antwortete, sie habe beschlossen, die Studienberichte nicht herauszugeben. Sie berief sich auf den Absatz ihrer Bestimmungen, welcher die wirtschaftlichen Interessen und das geistige Eigentum der Pharmahersteller schützt. Die EMA verfügte zwar über die Daten, doch entschied, dass die Interessen der Pharmahersteller wichtiger seien als das öffentliche Interesse an der Richtigkeit der Daten. Die Behörde verlautbarte also, die Öffentlichkeit habe kein Recht, die Daten einzusehen, auf deren Grundlage sie ihre Entscheidung zur Zulassung getroffen hatte. Sie zeigte damit keinerlei Willen zur Transparenz, die Wissenschaftlern, Ärzten, Journalisten etc. ermöglichen würde, die Studienergebnisse zu überprüfen – und das war auch kein Einzelfall. Es versteht sich von selbst, dass Ärzte und Patienten jedoch nur dann sinnvolle Entscheidungen über eine Behandlung treffen können, wenn sie Zugang zu allen Daten haben. Abschottung und Geheimhaltung stimmen nicht mit den Prinzipien der Wissenschaft überein. Ein integrer Wissenschaftler hat nichts zu verbergen. Die eigenen Theorien und Ergebnisse müssen jedermann zur Überprüfung offenstehen. Nur durch deren Bestätigung oder Widerlegung kann wahres Wissen geschaffen und damit Fortschritt erzielt werden. Wenn sowohl Pharmahersteller als auch Prüfstellen Daten zurückhalten, dann deutet dies klar auf Einflussnahmen und Manipulationen der Ergebnisse hin, was inzwischen an zahlreichen Fallbeispielen bestätigt wurde.

Ein Arzt ist kein Forscher

Hausärzte, Chirurgen, Radiologen, Pharmakologen usw. sind in vielen Fällen hochmotivierte und gewissenhafte Leute, denen nichts lieber wäre, als menschliches Leid verhindern zu können. Doch die Pharmavertriebe werfen jedes Jahr so viele neue Medikamente auf den Markt, dass ein Arzt häufig gar nicht weiss, wie wirksam sie sind. Er weiss nur, dass die Medikamente zugelassen sind, dass er in medizinischen Zeitschriften Werbung dafür findet, dass er vom Vertreter des Herstellers «Informationsblätter» dazu erhält und dass er vielleicht mit ähnlichen Medikamenten bei Patienten gute Erfolge erzielt hat (was auch immer das bedeuten mag). Da er praktizierender Arzt ist und nicht Arzneimittelforscher, kann er keine kontrollierenden Versuche durchführen, um die erhöhte Wirksamkeit neuer Medikamente im Vergleich zu älteren oder ähnlichen Präparaten anderer Hersteller zu verifizieren.

Selbst wenn der Arzt sich die unglaubliche Mühe machen würde, alle wissenschaftlichen Arbeiten zu einem Medikament kritisch zu studieren, wüsste er noch immer nicht, welche für das Medikament ungünstigen Daten vom Pharmahersteller bei seinen Studien zurückgehalten wurden. Er hat keine andere Wahl, als auf die Zulassungsbehörden zu vertrauen. In den Studiengängen der medizinischen Fakultäten lernen die Studenten zudem so viel über den Einsatz von Medikamenten (und praktisch nichts über Ernährungsmedizin, natürliche Heilmethoden etc.), dass sie später als Ärzte ganz selbstverständlich auf den Einsatz von Medikamenten als das Mittel der Wahl gegen praktisch alle menschlichen Gebrechen zurückgreifen. ***(tk)***

DIE ZEIT

«Die wissenschaftliche Studie ist längst zu einem Produkt geworden. Sie kann bei Bedarf gekauft und verkauft werden wie auf einem Markt.»

Kerstin Kohlenberg und Yassin Musharbash, Redakteure der ZEIT

Quelle: zeit.de, Die gekaufte Wissenschaft, 01.08.2013



Quellen:

1. Ben Goldacre, Die Pharma-Lüge, 2013, S.203
2. Bourgeois F.T., Murthy S., Mandl K.D., «Outcome Reporting among Drug Trials Registered in Clinical Trials», in: Gov. Annals of Internal Medicine, 2010, S.158-166.
3. Bekelman J.E., Li Y., Gross C.P., «Scope and Impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review», in JAMA, 2003, 289, S. 454-465. Lexchin J., Bero L.A., Djulbegovic B., Clark O., Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review, in: BMJ, 2003, 326, S. 1167-1170.
4. Robinson 2013, S.205 f. aus «Gekaufte Forschung, Christian Kreiss, 2015»
5. Barbui C., Cipriani A., Lintas C., Bertele V., Garattini S., «CNS Drugs approved by the centralized European procedure: true innovation or dangerous stagnation?», in: Psychopharmacology, 22.11.2006, S.265-268.
6. Decullier E., Chan A.-W., Chapuis F., «Inadequate Dissemination of Phase 1 Trials: A Retrospective Cohort Study», in: PLos Med., 17.02.2009, 6 (2), e1000034
7. Gøtzsche P.C., Hrobjartsson A., Johansen H.K., Haahr M.T, Altman D.G., Chan A-W, «Constraints on publication rights in industryinitiated clinical trials», in: JAMA, 2006, 295, S.1645-1646.
8. journals.lww.com, Survey of FDA Scientists Shows They Feel Pressure to Exclude or Alter Findings Fear Retaliation for Voicing Safety Concerns, 2006

Krebsmedikamente weit teurer, als sie sein müssten



Die Preise von Krebsmedikamenten sind zum Teil absolut astronomisch. Ein einziger Infusionsbeutel einer gewissen Substanz kann ohne weiteres über 1.000 Euro, eine ganzjährige Behandlung mit einem bestimmten Medikament problemlos über 100.000 Euro kosten. Von den Herstellern wird dabei oft behauptet, dass die Erforschung und Herstellung der Arznei die Preise des Mittels so dermassen in die Höhe treiben würde.

Genau diese Behauptung wurde in den letzten Jahren von Krebsärzten aus den USA genau unter die Lupe genommen und sie stellte sich als falsch heraus. Mit der Arbeit der beiden Mediziner Vinay Prasad und Sham Mailankody, veröffentlicht in der Fachzeitschrift «Jama Internal Medicine», wurde nachgewiesen, dass die Kosten, die bei der Herstellung von Krebsmedikamenten entstehen, in keinem vernünftigen Verhältnis zu den Gewinnen stehen, die diese auf dem Markt erzielen.

Für ihre Studie haben die beiden Forscher die Entwicklung von zehn unterschiedlichen Krebsmedikamenten von zehn verschiedenen Herstellern zurückverfolgt, die im Zeitraum 2007 bis 2016 auf den Markt gelangten. Bei der Untersuchung wurden die Ausgaben für die Erforschung grosszügig berechnet, und es wurden bewusst Hersteller ausgewählt, die noch keine anderen Krebsmedikamente auf den Markt gebracht hatten, was sich in entsprechend höheren Forschungskosten niederschlug, da die Medikamentenentwickler nicht auf alte Erkenntnisse und Untersuchungen zurückgreifen konnten.

Im Schnitt dauerte die Entwicklung eines Medikaments etwa 7,3 Jahre und die Herstellungskosten pro Medikament beliefen sich auf etwa 648 Millionen Dollar - insgesamt kostete die Herstellung aller zehn Medikamente um die 6,5 Milliarden Dollar.

Gegen die Einkünfte, die diesen Ausgaben gegenüberstehen, verblassen diese anfangs vielleicht hoch wirkenden Kosten allerdings sehr schnell. Als die Studie zu Ende ging, betrug der durchschnittliche Zeitraum seit der Zulassung etwa vier Jahre (Spektrum 0,8 – 8,8 Jahre). In diesem Zeitfenster spülten die zehn Medikamente Gesamteinnahmen von stattlichen 67 Milliarden Dollar in die Kassen der Hersteller. «Der Gewinn nach der Zulassung ist erheblich grösser, als die Kosten für die Forschung und Entwicklung zuvor waren», so die Autoren der Untersuchung. ***(as)***

Quelle: Jama Internal Medicine: Vinay Prasad & Sham Mailankody - Research and Development Spending to Bring a Single Cancer Drug to Market and Revenues After Approval, November 2017

«In der normalen klinischen oder epidemiologischen Forschung werden Studien von anderen wiederholt, in verschiedenen Situationen und mit unterschiedlichen Mitteln. Sie suchen nach Verzerrungen und Schwächen und nach Wegen, sie zu beseitigen; sie diskutieren endlos darüber, ob die Verzerrungen behoben sind. Dies ist das Wesen der offenen wissenschaftlichen Debatte und Kritik, was die einzige Garantie für den Fortschritt ist.

Das ist bei pharmazeutischen Produkten nicht mehr möglich, weil das Monopol der Pharmaindustrie auf Studien zu ihren eigenen Produkten ständig zu einseitigen Studien führt, die durch Studien von anderer Seite nicht mehr in Zweifel gezogen werden können. Mehr noch, die Einseitigkeit ist in den öffentlich zugänglichen Aufzeichnungen, also in den veröffentlichten Arbeiten, nicht erkennbar. Ohne die Möglichkeit einer offenen Debatte hört die Wissenschaft einfach auf zu existieren.»

Dr. Jan Vandenbroucke, belgischer Epidemiologe an der Universität Leiden

Quelle: Peter C. Gøtzsche, Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität: Wie die Pharmaindustrie unser Gesundheitswesen korrumpiert, Riva, 14.11.2014

Lassen sich Universitäten von der Wirtschaft kaufen?

Die Rundschau des Schweizer Senders SRF behandelte am 20.04.2016 die Geheimverträge zwischen Schweizer Hochschulen und Pharmakonzernen. Was viele nicht wissen: Die Universitäten finanzieren sich nicht nur über Bund und Kantone oder Studiengebühren, sondern auch über sogenannte «private Drittmittel» – also Zuschüsse aus der Privatwirtschaft. Der Spardruck bei der Regierung führt laut SRF dazu, dass die private Finanzierung über Drittmittel massiv zunimmt. Die Recherche des SRF zeigte, dass es bereits über 300 Verträge zwischen Hochschulen und der Privatwirtschaft gibt, darunter mehrheitlich gesponserte Lehrstühle, u.a. von Pharma-Unternehmen wie Roche, Merck, Novartis und Sandoz. So habe die Organisation Interpharma Stefan Felder, einem Professor für «Health Economics» der Universität Basel, zum Einstieg 300.000 Franken auf seine Pensionskasse überwiesen, und das nur als Begrüssungsgeschenk. Interpharma ist die Vereinigung aller grossen Medikamentenfirmen der Schweiz. Sie hat ihren Sitz im gleichen Gebäude wie das Rektorat der Universität Basel. Die Interpharma zahle allein für Stefan Felders Health-Economics-Professur 450.000 Franken pro Jahr an die Universität Basel. Bis zu seiner Pensionierung werde die Interpharma noch rund sieben Millionen Franken an die Uni Basel überweisen. Und Felder sei nur einer von vielen millionenschweren Deals

Pharmaindustrie → **300 Verträge** → **Schweizer Hochschulen**

300 Verträge zwischen Universitäten und Pharmakonzernen allein in der kleinen Schweiz!

Millionen an «Drittmitteln», die an Professoren und Forschungseinrichtungen ausgezahlt werden!

Und hier soll man noch glauben, es würde unabhängige Forschung betrieben werden?

Quelle: SRF-Rundschau, Deals mit Unis, M. Hengartner, Glarners Asyl-Politik, Fall Walker; 20.04.2016

der Universität. Die Studenten würden über die im Verborgenen fliessenden Millionen im Dunkeln gelassen. Weiter berichtet der SRF über drei Lehrstühle an der Eidgenössischen Technischen Hochschule Lausanne, die sich der Pharmakonzern Merck ca. 12,5 Millionen Franken kosten lässt. Das Krebsforschungslabor der Hochschule werde von Merck gesponsert. Merck habe laut Sponsor-Vertrag sogar das Recht, Forschungsergebnisse der Universität im Nachhinein ändern zu dürfen. Wenn ein Sponsor Änderungen am Ergebnis von Studien verlangen kann, ist es nicht mehr weit her mit der Unabhängigkeit der Forschung, die sich die Schweizer Hochschulen eigentlich auf die Fahnen geschrieben haben. ***(tk)***

Quelle: SRF-Rundschau, Deals mit Unis, M. Hengartner, Glarners Asyl-Politik, Fall Walker; 20.04.2016



«Die Pharmaindustrie kann ganz entspannt den Ermittlungsbehörden, den Polizeien, den Staatsanwaltschaften und den Gerichten entgegensehen, weil es hat noch keine Verurteilung in Deutschland gegeben, die auf Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr, auf Korruption durch die Pharmaindustrie zurückzuführen ist, die eine Abschreckung darbieten könnte. Also die Pharmaindustrie kann in Deutschland machen was sie will!»

«Wenn man sich die Methoden betrachtet mit denen die Pharmaindustrie die Entscheidungsträger unter Druck setzt, so gehören die eigentlich in die mafiösen Strukturen.»

Uwe Dolata, Würzburger Kriminalhauptkommissar und Anti-Korruptionsexperte
Quelle: de.wikipedia.org, Das Pharmakartell

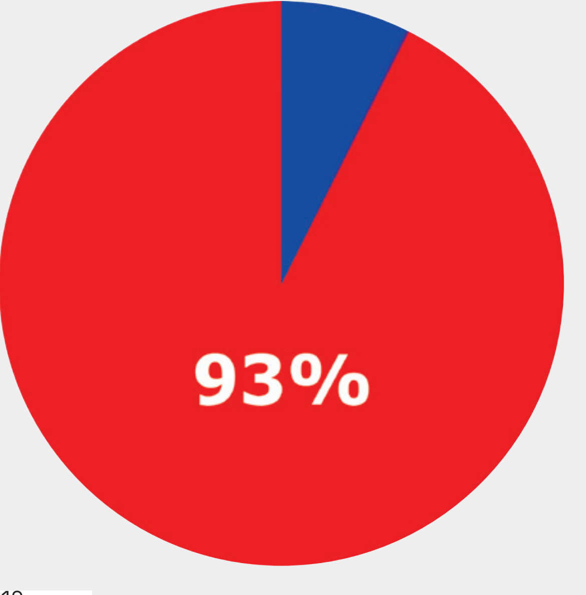
«Was ist eine Studie? Das Zulassungsverfahren beginnt mit Erkenntnissen, die durch klinische Studien gewonnen werden. Es könnte lehrreich sein, dieses Verfahren, mit dem klinische Forscher vertraut sind, mit einem Gerichtsverfahren zu vergleichen. Ich halte es für unerlässlich, dass Gerichtsverfahren glaubwürdig sind und in der Öffentlichkeit anerkannt und respektiert werden, denn die einzelnen Parteien – Richter, Geschworene, gegnerische Anwälte, Zeugen und Polizisten sind voneinander unabhängig.
Das Verfahren bei klinischen Studien kann anders ablaufen. In diesem Prozess liegt es sehr im Interesse des Sponsors oder Produzenten, jeden Prozessbeteiligten von sich abhängig zu machen und so viele Interessenskonflikte wie möglich zu schaffen. Vor dem Zulassungsverfahren plant der Sponsor die klinische Studie – das Medikament, die Dosis und die Verabreichungsweise des Vergleichsmedikaments (oder Placebos). Da die Studie ein bestimmtes Ergebnis haben soll, überrascht es nicht, dass der Vergleich manipuliert sein kann – vielleicht wird es falsch dosiert oder auf falschem Weg verabreicht. Der Sponsor bezahlt die Leute, die die Daten sammeln: Ärzte und Krankenschwestern. Sollen wir uns also darüber wundern, dass sie ein Dutzend Wege finden, die Ergebnisse zu beeinflussen? Alle Resultate fliessen zum Sponsor, der sie analysiert, streicht, was ihm nicht passt, und alles geheim hält – selbst vor den an der Studie mitwirkenden Ärzten. Der Hersteller legt der FDA [US-Zulassungsbehörde] Teile der Ergebnisse vor und bezahlt sie (den Richter) dafür, dass sie die Daten vertraulich behandelt. Gremien (die Jury), die meist vom Sponsor Beratungshonorare erhalten, entscheiden über die FDA-Zulassung, und oft befürworten bezahlte Patientengruppen die Zulassung und setzen das Gericht unter Druck.
Wenn die Studie unter diesen Bedingungen zu dem Ergebnis kommt, dass das Medikament wirkt, bezahlt der Sponsor Subunternehmer, damit sie die Resultate zusammenfassen und nach Belieben verdrehen. Er bezahlt ‹angesehene› Akademiker, damit sie ihre Namen als ‹Autoren› zur Verfügung stellen und dem Ganzen Glaubwürdigkeit verleihen. Oft werden die Ergebnisse in Fachzeitschriften veröffentlicht, die ohne den Sponsor nicht überleben würden. Ist das Medikament unwirksam oder schädlich, wird die Studie beerdigt, und alle Beteiligten werden auf ihre Verschwiegenheitspflicht hingewiesen. Wenn eine Studie nicht nach diesem Schema geplant ist, unterstützt die Industrie sie nicht; doch selbst wenn ihren Wünschen entsprochen wird, zieht sie sich bisweilen zurück und überlässt die Patienten und deren Ärzte sich selbst.
Kurz gesagt, wir haben ein System, in welchem dem Angeklagten, den Ermittlern, der Polizei, dem Richter, den Geschworenen und sogar den Gerichtsreportern eine bestimmte Schlussfolgerung aufgedrängt wird, natürlich zugunsten des neuen Medikaments.»

Drummond Rennie, Redakteur der medizinischen Fachzeitschrift Journal of the American Medical Association (JAMA) und Medizinprofessor an der Universität von Kalifornien

Quelle: Peter C. Gøtzsche, Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität: Wie die Pharmaindustrie unser Gesundheitswesen korrumpiert, Riva, 14.11.2014

Untersuchung: Universitäten halten 93% aller Studienergebnisse zurück

Im Februar 2016 beendete die Berliner Charité eine Studie mit einem Medikament bei Patienten mit Multipler Sklerose. Im Dezember 2017 beendete die TU München eine Studie mit Insulin bei kleinen Kindern mit Diabetes. Und im März 2018 beendete die Medizinische Hochschule Hannover eine Studie mit einem neuen Medikament bei Krebspatienten, die nicht mehr operiert werden können. Alle diese Studien haben eines gemeinsam: Ihre Ergebnisse wurden auch mehr als ein Jahr nach Abschluss der Tests nicht in der EU-Datenbank über Medizinstudien veröffentlicht. Die oben genannten Studien sind nur drei von insgesamt 445 Studien, deren Ergebnisse auch mehr als ein Jahr nach Studienende nicht in der EU-Datenbank veröffentlicht wurden. Das hat die britische Organisation Transparimed gemeinsam mit der deutschen Organisation «Bundeskoordination Internationalismus» (BUKO) herausgefunden. Sie haben dafür alle Studien ausgewertet, die seit 2004 von deutschen Universitäten bei der EU angemeldet wurden. Demnach haben die 35 deutschen medizinischen Hochschulen nur sieben Prozent der Studienergebnisse in der EU-Datenbank EudraCT veröffentlicht, womit der Fachwelt 93% aller Ergebnisse vorenthalten wurden. ***(tk)***



Quelle: br.de, Medizinische Forschung: Unis verheimlichen Studienergebnisse, 30.12.2019

Wissenschaftler: Dutzende Grundlagenstudien zu Krebs wissenschaftlich wertlos!

Unter der Leitung des Forschers C. Glenn Begley wollte das US-Biotechnologieunternehmen Amgen 53 wegweisende Grundlagenstudien zur Krebsbehandlung routinemässig zur Überprüfung reproduzieren. Die 53 Studien stammten alle aus renommierten Forschungslaboren und waren allesamt in hoch angesehenen Wissenschaftsjournalen veröffentlicht worden. Eigentlich war die Wiederholung der Studien nur als Doppelcheck geplant, da der Konzern vorhatte, auf diese Arbeiten aufbauend eigene Medikamente zu entwickeln.

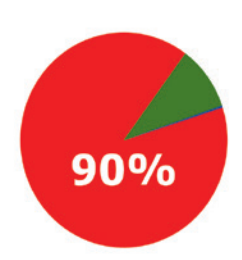
Aber die Ergebnisse der Überprüfung fielen gänzlich anders aus als erwartet. Von den 53 Publikationen erwiesen sich sage und schreibe nur 6 als reproduzierbar (wiederholbar). Reproduzierbarkeit sollte bei seriöser Forschung allerhöchsten Stellenwert haben: Ohne eine reproduzierbare Studie ist die Wirksamkeit geschweige denn die Ungefährlichkeit eines Medikaments nicht bewiesen. Eine wissenschaftliche Ungeheuerlichkeit! Ganze 47 Studien – das entspricht fast 90% - erwiesen sich, auch nach wiederholten Versuchen, als nicht verifizierbar, ergo: wertlos.

«Es war schockierend», sagte Begley: «Das sind die Studien, auf die sich die Pharmaindustrie verlässt, um neue Medikamente zu entwickeln. […] Als wir versuchten, die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Papers zu wiederholen, wurden wir überzeugt, dass man nichts für bare Münze nehmen kann.»

Als Amgen die Urheber der Forschungspapiere mit diesem Umstand konfrontierte, verlangten manche Forschungsinstitute von den Überprüfern Geheimhaltungsformulare zu unterzeichnen, damit diese die Fakten nicht an die Öffentlichkeit tragen konnten. *(as)*

Forscher des US-Biotechnologie-unternehmens Amgen stellten fest:

Fast 90% der von ihnen geprüften Grundlagenstudien zu Krebs waren nicht reproduzierbar!



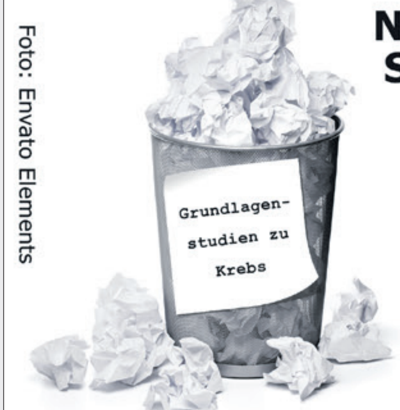


Foto: Envato Elements

Nicht-reproduzierbare Studien sind wertlos!

Produziert die Krebsforschung etwa zu 90% Nonsens-Wissenschaft?

Warum wurde aus diesen Zahlen nie ein grösserer Skandal gemacht?

Haben Sie davon jemals irgendwo gehört oder gelesen?

Quelle: reuters.com, In cancer science, many «discoveries» don't hold up, 28.03.2012

Quelle: reuters.com, In cancer science, many «discoveries» don't hold up, 28.03.2012

Studie zeigt Verbindungen führender Medikamentenforscher zur Pharmaindustrie auf!

Eine Studie des «British Medical Journal» (BMJ) aus dem Januar 2017 brachte Beunruhigendes zutage: Forscher analysierten die Ergebnisse von 195 Medikamentenversuchen, die im Jahr 2013 angemeldet wurden. Unter der Leitung von Experten der «University of California» entdeckte das Forschungsteam, dass in mehr als der Hälfte der klinischen Studien, über 58%, die führenden Wissenschaftler in der Studie mindestens ein gewisses Mass an finanziellen Bindungen an das Unternehmen aufwiesen, das die Medikamente prüfen liess. Zu den «Deals» gehörten Direktzahlungen an die Forscher, zusätzliche Honorare, bezahlte Reisekosten, Aktienbesitz und Zahlungen für sogenannte «beratende» Tätigkeiten. All dies neben der Tatsache, dass die Studien selbst natürlich auch von den Medikamentenherstellern finanziert wurden. ***(tk)***



Quelle: epochtimes.de, Gefälschte Arzneimittel-Studien! – Gefährlich! Kann Trump Big Pharma «ausmisten»?, 10.02.2017

Foto: Envato Elements

Wie der Versicherungszwang Milliardenumsätze für Big Pharma ermöglicht



Wer heutzutage krank wird, muss nicht zwingend zum Arzt gehen. Es gibt bei jeder körperlichen Beschwerde auch alternative Möglichkeiten für eine Behandlung, ohne dafür einen Arzt zu konsultieren. Doch der Weg zum staatlich anerkannten Doktor ist für den Normalbürger der bequemste, günstigste und somit naheliegendste. Schliesslich ist jeder Bürger gesetzlich verpflichtet, sich bei einer Krankenkasse versichern zu lassen. Zwar ist das System von Land zu Land unterschiedlich, das Ergebnis ist aber immer dasselbe: Die überwiegende Mehrheit zahlt in eine gesetzliche Krankenversicherung ein, die ihren Mitgliedern Arztbesuche, grundlegende Behandlungen und bestimmte Medikamente im Krankheitsfall kostenlos zur Verfügung stellt. Wie so vieles in unserer Welt klingt die Idee einer staatlichen Pflichtversicherung erst einmal sozial und sogar notwendig, um auch die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft gesundheitlich abzusichern und zu versorgen. Jedoch ist «gut gemeint» des Öfteren nunmal das Gegenteil von «gut»: Gemeinnützig klingende Ideen haben sich im Laufe der Geschichte häufig zu Ungunsten derer ausgewirkt, denen sie von Nutzen sein sollten. Bei einem Blick auf unser heutiges Gesundheitssystem ergibt sich ein ähnliches Bild.

Momentan ist jeder Bürger dazu verpflichtet, in das staatliche Gesundheitssystem einzuzahlen, um darüber gegen Unfall und Krankheit versichert zu sein. So konsultieren die Bürger im Notfall entsprechend diejenigen Ärzte, Therapeuten oder ganz allgemein Institutionen, welche durch die Beiträge (bereits) finanziert werden und somit Teil dieses staatlich verordneten Gesundheitssystems sind. Es ist durchaus nachvollziehbar, dass die Bürger diejenigen Leistungen «kostenfrei» beanspruchen, die sie mit ihren gesetzlich vorgeschriebenen Beiträgen sowieso schon finanzieren. Zudem wird eine Krankschreibung vom Arbeitgeber nur akzeptiert, wenn sie von einem zugelassenen (approbierten) Arzt oder Therapeuten stammt. Diese gesetzlichen Anreize veranlassen den Patienten fast zwangsläufig, sich bei Beschwerden an die staatlich anerkannte Schulmedizin (siehe S.30) zu wenden.



In unserem Gesundheitssystem werden Ärzte von einem sehr engen gesetzlichen und finanziellen Rahmen eingeengt, der ihnen fast keine andere Möglichkeit lässt als die Verschreibung von zugelassenen Medikamenten.

Wem nützt es?

Erfahrungsgemäss wissen wir, dass viele Ärzte nicht zufriedenstellend auf die Patienten eingehen, die sie täglich durch ihre Praxis «schleusen». Das liegt daran, dass sie von den Krankenkassen zwar meist pro Patient und zumindest teilweise auch pro Zeiteinheit, die sie mit ihm verbringen, bezahlt werden, doch eben nicht danach, ob es dem Patienten danach besser geht oder nicht. Zwar kann der Patient bei schlechter Leistung den Arzt wechseln, doch die meisten zugelassenen Ärzte unterscheiden sich kaum in ihrer Leistung, da sie sich in sehr engen rechtlichen Grenzen bewegen, die das staatliche Gesundheitssystem ihnen vorgibt. Jeder Arzt ist sich bewusst, dass er rechtlich am sichersten fährt, wenn er dem Patienten ein von den Arzneimittelbehörden zugelassenes verschreibungspflichtiges Medikament verordnet. So wird der Patient möglichst schnell abgefertigt, der Arzt kriegt den Pauschalbetrag pro Patient von der Krankenversicherung und der Kranke sein Medikament bezahlt, von dem er sich erhofft, dass es ihm helfen wird. Auf den ersten Blick scheinen alle Seiten zufriedengestellt, doch bei genauerer Betrachtung ist dieses System weder für viele Ärzte noch Patienten wirklich von Vorteil: Die



Krankenkasse: «Pharmaindustrie legt mehr Wert auf hohe Preise als auf innovative Arzneimittel»



Die Pharmaindustrie legt nach einem Innovationsreport der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2017 mehr Wert auf hohe Preise als auf wirklich innovative Arzneimittel. «Auch wenn es in einigen Bereichen Fortschritte gab, zeigt uns die Gesamtbewertung, dass die Industrie zu sehr darauf bedacht ist, hohe Preise einzufordern, statt wirklich innovative Arzneimittel zu entwickeln», erklärte TK-Vorstandschef Jens Baas. Er forderte die Politik auf, dem «Preisgebaren der Pharmaindustrie» ein Ende zu setzen. Der TK-Chef verwies darauf, dass schon im Vorgängerreport eine Verdopplung der durchschnittlichen Preise neuer Arzneimittel festgestellt worden sei. ***(tk)***

Quelle: Epoch Times/AfP, Krankenkasse: «Pharmaindustrie legt mehr Wert auf hohe Preise als auf innovative Arzneimittel», 20.09.2017





➔ Pauschalbeträge, die Arztpraxen für Kassenpatienten bekommen, sind nicht besonders üppig. Das Medizinerhandwerk hat heute nur noch in speziellen Fachbereichen (wie Onkologie) goldenen Boden. Viele Doktoren haben inzwischen grosse Probleme mit der Finanzierung ihrer Praxen. Auch die Wirksamkeit des verschriebenen Medikaments ist in vielen Fällen mangelhaft. Wird der Patient durch das verordnete Medikament gar krank (gemacht), wird die Krankenkasse auch für spätere Medikamente und Behandlungen zahlen müssen. Das führt zum Anstieg der Beiträge aller Versicherten, da die Gesunden bei einer staatlich verordneten Krankenversicherung «solidarisch» für die Kranken mitzahlen müssen.

Die Spitze der Nahrungskette

Das Profitpotential bei Medikamenten ist in den heutigen Gesundheitssystemen enorm. Durch die Erstattung der Krankenkassen lässt sich der Preiswettbewerb bei Medikamenten unterbinden, was vor allem für die Pharmakonzerne riesige Vorteile bringt. Ein Arzt ist im heutigen Krankenversicherungssystem rechtlich immer auf der sicheren Seite, wenn er sich daran hält, verschreibungspflichtige Medikamente aus der Apotheke zu verordnen, da diese von den Zulassungsbehörden geprüft und legalisiert wurden. Wie schon erläutert, sind die entsprechenden Prüfungsmethoden äusserst zweifelhaft (siehe S.15 ff.), doch die Ärzteschaft weiss, dass keinerlei rechtliche Konsequenzen drohen, wenn man ein zugelassenes Medikament verschreibt. Wenn ein Arzt einem Patienten jedoch ein unkonventionelles Naturmittel verordnet, das nicht in der Apotheke zu kaufen ist und der Patient stirbt, kann der Arzt dafür verantwortlich gemacht werden, dem Patienten ein nicht zugelassenes Mittel empfohlen zu haben. Stirbt der Patient, allerdings mit zugelassenem Medikament, hat der Arzt nichts zu befürchten. Unabhängig vom gesundheitlichen Nutzen bewegt sich ein Arzt rechtlich auf dünnem Eis, wenn er Arzneien empfiehlt, die von den Zulassungsstellen nicht als Medikament legalisiert wurden. Alternative Heilmethoden, die nicht auf der Einnahme eines chemischen Medikaments basieren, sind zwar oft legal (geduldet), doch das staatliche Gesundheitssystem (mit freundlicher Unterstützung der Pharmalobby) stellt Ärzten nur einen juristischen Freifahrtschein für zugelassene Medikamente aus. Gleichzeitig kann die Verschreibung alternativer Mittel strafrechtlich verfolgt

Das Versicherungssystem

Mit Versicherungspflicht	Ohne Versicherungspflicht
 	
Bürger zahlt zwangsweise Versicherungsprämie, die auf seinem Einkommen basiert. → **Nimmt deshalb unnötig viele Behandlungen in Anspruch.** **Verursachte Kosten oft nicht gedeckt** → **Gesunde Bürger übernehmen «solidarisch» die Kosten (zahlen mehr ein, als sie benötigen)** **Erschwerend: Arbeitgeber erwarten bei Krankschreibungen oft ärztliches Attest, obwohl Arztbesuch meist unnötig wäre.** → **Überlastetes Gesundheitssystem** → **Bürger per Gesetz Zwangskunde von Pharmakonzernen (grosse Gewinner des Systems)** → **Pharmakartelle können willkürlich Preise setzen, da die Allgemeinheit zahlt und NICHT der einzelne Patient! Somit Preise über 100.000€ für (Krebs-)Behandlung ermöglicht.**	**Bürger prüft Notwendigkeit von Arztbesuchen und teuren Medikamenten selbst.** **Wenn er eine private Krankenversicherung abschliesst, richtet sich sich sein Beitrag langfristig nach den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit wird gestärkt.** **Oftmals stellt sich heraus: Hausmittel und gesunder Lebensstil bedeutend günstiger und mindestens genauso effektiv.** → **Damit keine «Bestrafung» gesunder Menschen mit vernünftigem Lebensstil durch Umverteilung der Kosten.** → **Ärzte werden entlastet, können persönlicher und individueller auf die Bedürfnisse ihrer Patienten eingehen.** → **Keine staatlich forcierte hohe Nachfrage nach überteuerten Medikamenten oder Behandlungen.** → **Verhinderung von Kostenexplosion im Gesundheitswesen.** **Auch chronisch kranke Menschen profitieren von der Konkurrenz zwischen den privaten Versicherungsunternehmen.**

werden, und es drohen Schadensersatzansprüche der Patienten oder gar der Entzug der ärztlichen Zulassung.

Die Versicherung zahlt

Die Pharmaunternehmen wissen, dass bei Verschreibungspflicht die Versicherungen in den meisten Fällen die Medikamente bezahlen. Da die Zulassung verschreibungspflichtiger Mittel Millionensummen frisst, die in der Regel nur Grosskonzerne aufbringen können, kann sich die Pharmafirma sicher sein, dass ihr Produkt wenig Konkurrenz erwartet. Nach der Zulassung gilt es dann nur noch, die einzelnen Ärzte dabei zu «unterstützen», ihr Medikament fleissig zu verschreiben. Wie in anderen Vertriebsbranchen (vgl. Versicherungen) üblich, sind auch hier finanzielle Anreize, «Incentives» oder andere Verlockungen gängige Mittel, die Produkte/Medikamente an den Patienten zu bringen. Nur wird in den anderen Branchen kein «Eid des Hippokrates» geschworen. Diese Methode ist verbreitet, da sie nicht ausreichend gesetzlich unterbunden wird. Doch selbst wenn es nicht zu dieser Einflussnahme käme: Da die Auswahl bei zugelassenen Medikamenten aufgrund des aufwändigen Zulassungsverfahrens sehr gering ist, wird ein Medikament zwangsläufig verschrieben.

Die meisten neuen Arzneimittel sind zunächst durch Patente geschützt und deshalb nur von einem Hersteller erhältlich. Die Mitglieder des Kartells (siehe S.10 ff.) halten sich häufig an die im Stillen getroffenen Vereinbarungen, sich jeweils auf ihr enges Spezialgebiet zu beschränken und die etablierten Märkte ihrer «Rivalen» nicht anzugreifen. Wenn es nur ein zugelassenes Medikament für eine bestimmte Diagnose gibt, kann der Hersteller dessen Preis erhöhen, da den Krankenkassen keine Alternative bleibt. In einem staatlich verordneten Gesundheitssystem neigen die Patienten nicht zum Protestieren. Den wenigsten fällt auf, dass letztendlich die Krankenkassen-Mitglieder über höhere Versicherungsbeiträge oder höhere Steuern für die Kosten aufkommen.







Versicherungszwang ermöglicht Mondpreise

Vor allem im Bereich der Onkologie, wo eine 100.000 Euro teure Behandlung von den Krankenkassen ohne Wimpernzucken bezahlt wird, profitiert Big Pharma erheblich vom gesetzlichen Zahlungszwang. Bei hohen Preisen ist es besonders notwendig, nicht den Patienten selbst für seine Behandlung aufkommen zu lassen, sondern die Kosten auf die Krankenkassen-Einzahler umzuleiten. Für den an Krebs Erkrankten (oder zumindest so Diagnostizierten) ist die Behandlung «kostenlos», wird aber von anderen bezahlt. Wenn der Patient tausende, zehntausende oder gar hunderttausende Euro aus eigener Tasche bezahlen müsste, könnten die Pharmaunternehmen diese hohen Preise wohl bald nicht mehr verlangen. Der Patient könnte sich die Behandlung entweder nicht leisten oder würde sich zumindest zweimal überlegen, ob es sich lohnt, eine extrem hohe Summe seines Privatvermögens für eine Behandlung einzusetzen. In den meisten Fällen würde er beginnen, selbst nach der günstigsten und effektivsten Therapie zu suchen. Es würde zu einem Schritt in die Eigenverantwortung kommen, der in unserem Gesundheitssystem gewöhnlich vermieden wird. Wenn die Behandlung «kostenlos» und vom behandelnden Arzt dringendst empfohlen wird, entscheidet sich die Mehrheit auch dafür. Das zeigt, wie die Macht des Staates dazu missbraucht wird, einen Wettbewerb zu verhindern und dem Verbraucher indirekt höhere Kosten aufzubürden.

Das spricht natürlich nicht gegen das Prinzip einer Versicherung gegen Krankheitsrisiken. Nur die vorherrschenden gesetzlichen Rahmenbedingungen machen die Gründung von privaten Krankenversicherungen schwer. Diese würden auf einem freieren Markt in Konkurrenz zueinander stehen und versuchen, die Beitragskosten zu minimieren und die Leistung zu optimieren.

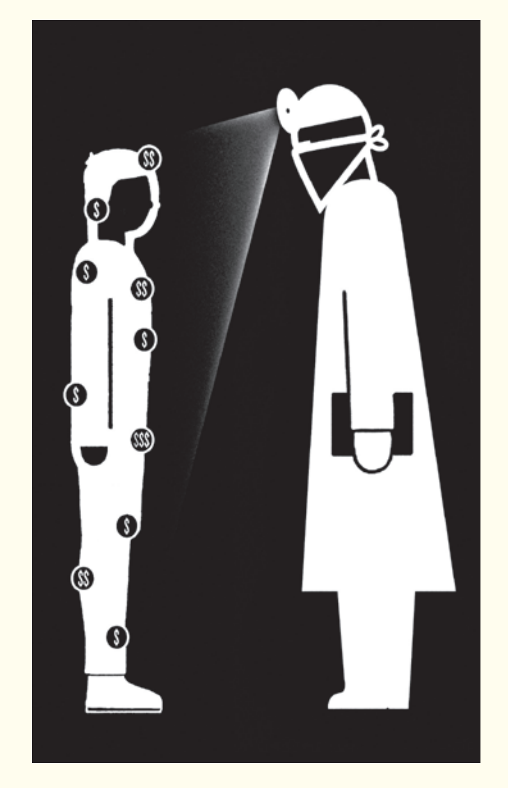
Untersuchungen über das verstaatlichte Gesundheitssystem haben eine interessante Tatsache zutage gefördert: Da verschreibungspflichtige Medikamente in diesem System «kostenlos» sind (aus Steuer-/Pflichtversicherungsgeldern bezahlt), liegt der Pro-Kopf-Verbrauch von Medikamenten in staatlichen Gesundheitssystemen wesentlich höher. Die Statistiken zeigen, dass jemand, für den die Höhe seiner Arzt- und Arzneimittelrechnung keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen hat, dazu neigt, medizinische Dienstleistungen öfter als nötig in Anspruch zu nehmen, nur um sicher zu gehen, dass er wirklich alles bekommt, was ihm seiner Meinung nach zusteht. Das führt dazu, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen häufig Milliardenverluste machen und durch die öffentliche Hand querfinanziert werden müssen. So werden die Umsätze der Pharmabranche manchmal nicht nur direkt über die Pflichtversicherung, sondern auch indirekt über die Steuern der Staatsbürger subventioniert, welche zu diesem Zweck überhaupt nicht vorgesehen sind. Somit belohnt ein verstaatlichtes Gesundheitssystem die Arzneimittelhersteller mit automatischer und maximaler Marktsättigung für ihre Produkte. ***(tk)***



Wie Krankenhäuser von Krebsbehandlungen profitieren

Krebspatienten sind für Krankenhäuser sehr lukrativ und für viele Kliniken oft die umsatzstärkste Patientengruppe. Das liegt daran, dass aufgrund der Schwere der Erkrankung die Fallpauschalen (Vergütung von Leistungen im Gesundheitssystem) besonders hoch angesetzt sind. In Krankenhäusern spricht man vom «positiven Deckungsbeitrag» der Krebspatienten, das bedeutet, dass sie in der Fallpauschale in der Regel mehr einbringen, als sie kosten. Oft ist sogar respektlos von den «Cashcows» der Kliniken die Rede. Leider sind in Deutschland häufig die Gewinne einer Klinik umso geringer, je besser sie sich um ihre Patienten kümmert. Wenn genügend Pflegekräfte eingesetzt und gründliche Untersuchungen vorgenommen werden, wenn der Patient ausführlich informiert und auch psychologisch betreut wird, erwirtschaftet die Klinik zumeist gar keinen Überschuss. Es ist überaus wahrscheinlich, dass viele Ärzte die konventionellen Krebsbehandlungen empfehlen, weil sie sehr lukrativ und für das wirtschaftliche Überleben der Klinik oft unverzichtbar sind.

Häufig wird die Über- und Fehlversorgung von Krebs und auch anderen schweren Erkrankungen mit den 2003 in Deutschland eingeführten Fallpauschalen «Diagnosis Related Groups» (DRGs) in Zusammenhang gebracht. Die Krankenkassen zahlen je nach Schwere der Erkrankung höhere oder niedrigere Behandlungspauschalen an die Kliniken, die berechnet werden, indem man die durchschnittlichen Behandlungskosten in ausgewählten Krankenhäusern als Grundlage nimmt. Bevor dieses System entwickelt wurde, wurden die Kliniken nach identischen Tagessätzen für Patienten bezahlt. Zusätzlich gab es ein paar Pauschalen und Sonderentgelte, aber den grössten Teil des Budgets der Krankenhäuser machten die Tagessätze aus. Der Ansatz der DRGs war es, dass es keinen Sinn ergibt, für vollkommen unterschiedliche Fälle die gleiche Summe zu bezahlen. Der tatsächliche Behandlungsaufwand sollte sich in den Preisen widerspiegeln. Der nicht unlogische Gedanke entwickelte sich in eine falsche Richtung: Weil die komplizierte Behandlung heute so viel Umsatz und oft auch Gewinn bringt, ist die Tendenz stark, sie auch dann durchzuführen, wenn der Patient gar nicht davon profitiert. Von dieser Nebenwirkung der DRGs sind Krebspatienten leider besonders stark betroffen, da sie eine stetig und stark anwachsende Patientengruppe mit potenziell sehr hohen Umsätzen darstellen. ***(tk)***



Quelle: Karl Lauterbach, Die Krebs-Industrie: Wie eine Krankheit Deutschland erobert, Rowohlt Berlin, 01.09.2015

Wie wird der Preis für ein Medikament in Deutschland festgelegt?

Foto: Envato Elements



Am Ende eines langen Zulassungsprozesses verhandeln der Spitzenverband der Krankenkassen und der Hersteller über den Preis, den der Hersteller bei den Krankenkassen aufrufen darf. Da enge Verbindungen zwischen den Krankenkassen und der Pharmaindustrie bestehen, gehen die Vertreter der Krankenkassen mit dem Geld der Beitragszahler deutlich grosszügiger um, als es der individuelle Patient mit seinem Geld tun würde. Da unser Gesundheitssystem nur zugelassene Medikamente vergütet und es nur grosse Pharmakonzerne sind, die ihre Produkte durch das Zulassungsverfahren bringen können, können die Pharmakonzerne mangels Alternativen die Preise diktieren. Ihr Preisbildungsmonopol nutzen sie natürlich dazu, die Preise so hoch wie möglich zu setzen. ***(tk)***

Grossrazzia bei Deutschlands marktführenden Unternehmen für Krebsbehandlungs-Infusionen





Ein sehr aktueller Fall, der zumindest im Kleinen aufzeigt, wie korrupt das Geschäft mit dem Krebs doch allzu oft abläuft, ging erst im Dezember 2019 durch die deutsche Medienlandschaft. Die Hamburger Staatsanwaltschaft wirft dem in Deutschland marktführenden Hersteller von Infusionen zur Krebsbehandlung «ZytoService» Bestechung im Gesundheitswesen sowie Betrug vor. Am Morgen des 17.12.2019 durchsuchten 420 Polizisten und sechs Staatsanwälte den Hauptsitz der Firma sowie 47 Objekte im Umfeld des Unternehmens. Unter anderem zählten dazu Privathäuser, Arztpraxen, Apotheken sowie ein Krankenhaus. Es war dies bis dato die grösste Razzia, die jemals von der Wirtschaftsstaatsanwaltschaft Hamburg angeordnet wurde.

Nach Recherchen des ARD-Magazins Panorama und Zeit Online wird dem Unternehmen vorgeworfen, Ärzte bestochen zu haben, um durch ein illegales Geschäftsmodell lukrative Verschreibungen zu bewirken. Seit Januar 2017 habe ZytoService einzelne Ärzte durch das Bereitstellen von «rückzahlungsfreien Darlehen», von luxuriösen Fahrzeugen oder auch durch direkte Geldzuwendungen bestochen.

Im Gegenzug dazu habe ZytoService von den Ärzten verlangt, dass diese die Infusionen für die verschriebenen Krebstherapien ausschliesslich über eine bestimmte, dem Konzern nahestehende Apotheke bestellen, welche wiederum den Auftrag gehabt habe, die Bestellung direkt an ZytoService weiterzuleiten. Eine Krebstherapie kann ohne weiteres über 100.000 und eine einzige Infusion mehrere tausend Euro kosten. Diese Rezepte, deren Ausstellung in den Kompetenzbereich der Ärzte fällt, sind also sowohl für Apotheken wie auch für die Hersteller äusserst lukrativ und werden brancheninntern als «Pharmagold» bezeichnet.

In dem Verfahren wurde bisher kein Urteil gegen ZytoService gefällt. Ob schuldig oder nicht: Dass diese Beziehungen zwischen zahlreichen Ärzten und der Pharmaindustrie bestehen, liegt erstens nahe und hat sich zweitens schon in zig anderen «Skandalen» erwiesen. Tatsächlich kann so ein vereinzelter «Skandal» sogar stabilisierend für das heutige Gesundheitssystem wirken. Durch einen «Skandal» entsteht nämlich der Eindruck, dass das System funktioniert und Fehler korrigiert werden. Der alltäglichen, regulären Korruption wird so weniger Beachtung geschenkt. Auffällig ist zudem, dass in vielen Fällen die Pharmaunternehmen, gegen die ermittelt wird, im Verhältnis zu den Marktgiganten eher kleinere Unternehmen sind. Vielleicht beobachten wir hier auch nur das Ausstechen von Konkurrenten... ***(as/tk)***

Quelle: tagesschau.de, Millionenbetrug mit Krebsmedikamenten, 17.12.2019



Hinweise und Erklärungen zum Verständnis der Ausgabe

Um Sie als Leser nicht ins kalte Wasser zu werfen und um Missverständnissen vorzubeugen, folgen an dieser Stelle einige Begriffsklärungen und ein kleiner Grundkurs in Sachen Krebs. Wir beschränken uns dabei auf absolute Basics, die jeder kennen sollte, der sich mit dem Thema Krebs auseinandersetzen will oder muss.



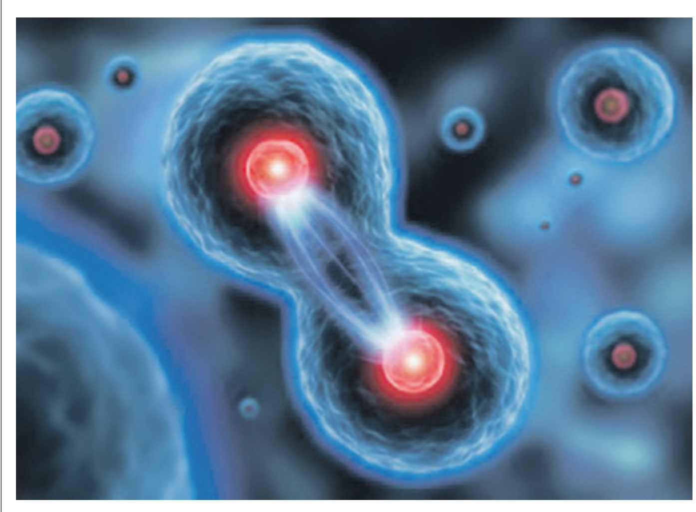
Wie definieren wir «Schulmedizin»?

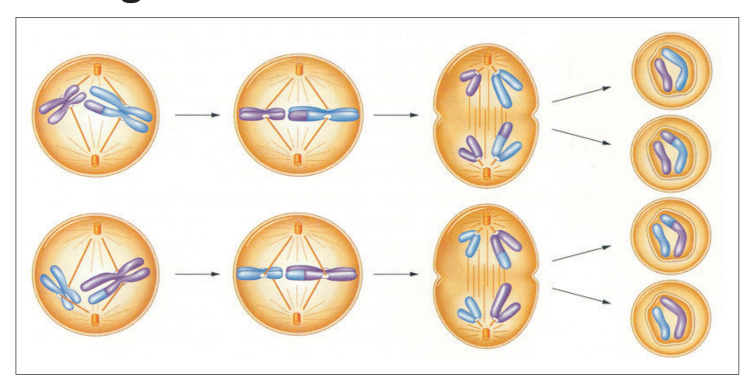
Der Begriff «Schulmedizin» kann bei unterschiedlichen Personen unterschiedliche Assoziationen hervorrufen, deshalb ist es wichtig, an dieser Stelle kurz und knapp zu definieren, wie er in der vorliegenden Ausgabe zu verstehen ist: Für uns ist die «Schulmedizin» schlicht die momentan von Staaten und Behörden anerkannte, damit auch mit Abstand am meisten gelehrte, praktizierte, finanziell unterstützte und deshalb auch am weitesten verbreitete Form der medizinischen Behandlung.

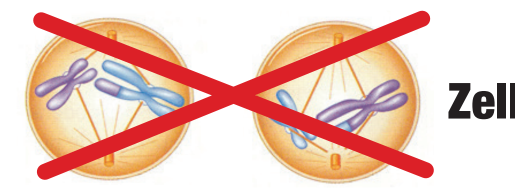
Wie definieren wir «Alternativmedizin»?

Unter «Alternativmedizin» verstehen wir im Gegensatz zur «Schulmedizin» die heutzutage eben nicht von Staaten und Behörden anerkannte und damit auch normalerweise nicht krankenkassenfinanzierte Behandlung von Patienten. Eigentlich sind die Bezeichnungen «Schulmedizin» und «Alternativmedizin» künstliche Begriffe. Das, was wir heute «Alternativmedizin» nennen, wird nachweislich schon seit Jahrhunderten praktiziert, die Methoden der medikamentenbasierten «Schulmedizin» verbreiteten sich erst am Anfang des 20. Jahrhunderts. Daher ist die Schulmedizin eigentlich eher als «alternativ» zu bezeichnen. Das nur als Nebenbemerkung, wir werden in dieser Ausgabe die übliche Trennung zwischen «Schulmedizin» und «Alternativmedizin» beibehalten.

Zellteilung







Zelltod

Was ist eigentlich eine Zelle?

Eine Zelle ist die kleinste lebende Einheit aller Organismen – oft spricht man auch vom «kleinsten Baustein des Lebens». Im Menschen sind Zellen zu funktionellen Einheiten verbunden und bilden dadurch Gewebe (Muskelgewebe, Knochengewebe, Bindegewebe, Nervengewebe). Im menschlichen Körper entstehen durch die Zusammenarbeit verschiedener Gewebe wiederum grössere Strukturen, die Organe. Miteinander verbundene Organe fügen sich zum menschlichen Körpersystem zusammen.

Um zu überleben, benötigt die Zelle Energie. Zur Energieproduktion braucht sie Nährstoffe und Sauerstoff aus dem Blut. Aus ihnen produziert sie ihren wichtigsten Energieträger Adenosintriphosphat, kurz ATP. Als Restprodukte entstehen Wasser und Kohlenstoffdioxid. Zellen erhalten ihren Bestand durch Zellteilung. Aus einer Zelle spaltet sich eine neue Zelle desselben Typs ab. Die Zelle verdoppelt sich. So erneuern sich die Zelle bzw. das gesamte Körpergewebe ständig: Ältere Zellen spalten neue Zellen ab. Es ergibt sich ein Gleichgewicht aus Zellteilung und Zelltod.

Erwachsene Menschen bestehen aus mehr als 30.000 Milliarden Zellen. Aber nur die wenigsten dieser einzelnen Zellen begleiten sie ein Leben lang. Denn es werden nicht nur pro Sekunde etwa 50.000 neue Zellen gebildet, sondern gleichzeitig gehen auch ebenso viele von ihnen zugrunde. Der Organismus erneuert sich ständig. Die Dauer der Erneuerung variiert allerdings stark: Der Austausch des gesamten Knochensystems dauert zehn Jahre, dann ist alles runderneuert. Die Hautzellen wechseln dagegen sogar alle zwei bis drei Wochen.

Was ist Krebs laut Schulmedizin?





Ein Gleichgewicht zwischen Zellteilung und Zelltod macht laut Schulmedizin einen gesunden Organismus aus. Krebs ist eine Vermehrung bestimmter Zellen, die parallel nicht in derselben Anzahl absterben.

Bei gesunden Menschen herrscht laut Schulmedizin im Körper ein Gleichgewicht zwischen Zellteilung und Zelltod. Wenn eine gewisse Anzahl an Zellen stirbt, wird etwa die gleiche Menge an neuen Zellen gebildet. Von Krebs sprechen Ärzte, wenn bestimmte Zellen beginnen, sich stärker zu vermehren. Aufgrund unterschiedlicher Ursachen (siehe S.33) würden Zellen «entarten» und ihre Aufgabe nicht mehr «ordnungsgemäss» erfüllen. Bei Krebs entstehen mehr neue Zellen, als Zellen absterben. Dadurch kann sich eine Ansammlung von Zellen bilden, die man als «Tumor» bezeichnet. Ein Tumor ist die Volumen-Zunahme von Gewebe durch die erhöhte Zellteilung bzw. dem gehemmten



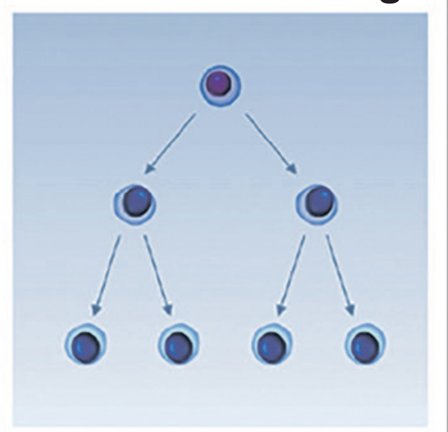


→ Zelltod (Apoptose genannt), der nicht mehr mit der Zellteilung mithalten kann.

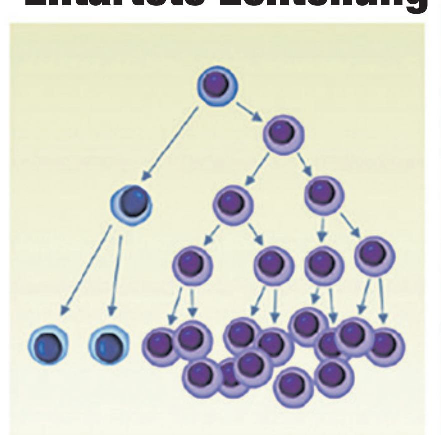
In der Schulmedizin unterscheidet man zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren. Zu den gutartigen Tumoren zählen Tumore, die das Nachbargewebe nicht angreifen würden. Im Allgemeinen seien sie deutlich weniger gefährlich als bösartige Tumore. Ein gutartiger Tumor wachse nicht in umliegendes Gewebe hinein. Unter dem Mikroskop seien zwar entartete Zellen erkennbar, doch diese würden fast jenen des nicht-entarteten Ursprungsgewebes entsprechen. Bösartige Tumore hätten dagegen kaum noch etwas mit ihrem Ursprungsgewebe zu tun, sie seien deutlich mehr entartet.

Bei gutartigen Tumoren spricht man nicht von «Krebs». Diese Bezeichnung trifft gemäss Schulmedizin nur bei bösartigen Tumoren zu – wobei natürlich in der Praxis wissenschaftlichere Begriffe verwendet werden wie beispielsweise «Karzinom». Bösartige Tumore zeichnen sich laut Schulmedizin durch ein schnelles Wachstum und fehlende Begrenzungen aus. Sie würden im Gegensatz zu gutartigen Tumoren auch das Nachbargewebe angreifen und es zerstören. Mikroskopisch betrachtet, seien bei den bösartigen Tumoren unreife Zellen zu erkennen. Sie hätten nicht mehr viel mit der Zelle gemeinsam, aus der sie entstanden sind.

Normale Zellteilung

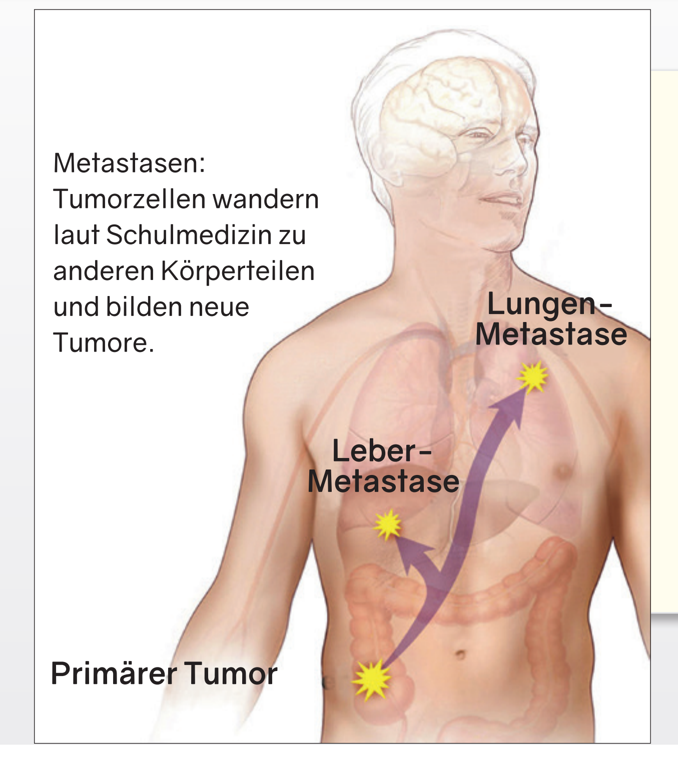


Entartete Zellteilung





Die sich zu schnell vermehrenden oder/und zu langsam sterbenden Zellen entwickeln sich zu einem sogenannten Tumor.

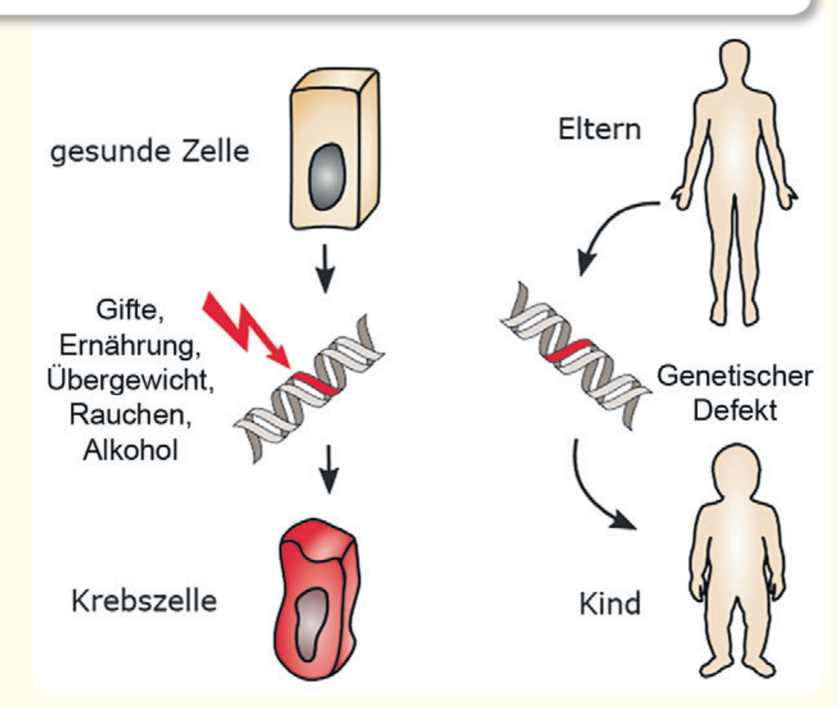


Was ist Metastasierung?

Der bösartige Tumor kann sich laut Schulmedizin über die Blut- und Lymphgefässe im ganzen Körper verteilen. Man spricht von «Metastasierung». Die dadurch laut Schulmedizin entstehenden Tochtertumore nennt man «Metastasen». Der Tumor könne also auch nach seiner Entfernung aufgrund der Metastasierung nach einiger Zeit wieder auftreten, was der Grund sei, weshalb «geheilter» Krebs so häufig wiederkehre.

Was ist die Ursache für Krebs in der Schulmedizin?

Die Schulmedizin geht davon aus, dass ein Grossteil der Tumore durch einen ungesunden Lebensstil bzw. negative Umwelteinflüsse entsteht. Die Zahlen variieren, oft wird von 60-70% gesprochen. Als häufigste Krebsauslöser nennt die Schulmedizin: Rauchen, Alkohol, Übergewicht, ungesunde Ernährung. Es bleiben 30-40% der Krebsfälle, bei denen sich die Ursache laut Schulmedizin nicht genau feststellen lässt. Oft werden Krebsfälle, bei denen nichts auf einen ungesunden Lebensstil noch auf negative Umwelteinflüsse hindeutet, mit einer bestimmten genetischen Vorveranlagung des Erkrankten erklärt. Es klingt polemisch, entspricht jedoch der Wahrheit: Wenn ein Schulmediziner keine Antwort hat, sagt er meist, es liege an den Genen. Psychischer Stress und diverse andere Faktoren (z.B. elektromagnetische Strahlung) werden von der Schulmedizin als Risikofaktor kaum berücksichtigt.



Wenn keine der typischen Ursachen (links) zutrifft, bleibt dem Mediziner immer noch der bequeme Ausweg, den Krebs mit einr genetischen Vorveranlagung zu erklären.

Wie wird Krebs in der Schulmedizin diagnostiziert?

In den meisten Fällen wird heutzutage eine Röntgenuntersuchung durchgeführt, d.h. die Durchleuchtung des Körpers mit energiereichen Strahlen. Andere Verfahren sind Magnetresonanztomografie (MRT), Ultraschall, Endoskopie sowie die Untersuchung von Blut, Urin und anderen Körperflüssigkeiten im Labor. Wenn verdächtige Zellen im Körper entdeckt wurden, entscheidet meist die Überprüfung von Zell- und Gewebeproben, ob es sich bei ihnen um Krebszellen handelt. Man bezeichnet die Entnahme und Untersuchung einer kleinen Menge von Gewebe als «Biopsie».

Typischer Ablauf einer Krebs-Diagnose/Behandlung

Röntgenuntersuchung



Biopsie (Gewebeentnahme)



Behandlung



Wie wird Krebs in der Schulmedizin behandelt?

Die drei Säulen der Krebstherapie

Chemotherapie	Strahlentherapie	Operation
1	2	3

Obwohl die Schulmedizin lehrt, dass ein ungesunder Lebensstil und äussere Faktoren bei der Entstehung von Krebs eine grosse Rolle spielen, werden diese Faktoren nach der Entdeckung des Tumors als eher zweitrangig erachtet. Sobald Krebs diagnostiziert wurde, ist es laut Schulmedizin zu spät, um allein durch einen gesünderen Lebensstil und sonstige Veränderungen eine Heilung herbeizuführen. Ab dem Punkt der Krebs-Diagnose zielt die Schulmedizin hauptsächlich auf die Zerstörung bzw. Entfernung des Tumors ab. Die Devise dabei lautet: Tumor weg gleich Krebs weg – zumindest, wenn es nicht zu Metastasen kommt.

Die drei «Säulen» der schulmedizinischen Krebsbehandlung, die auch oft miteinander kombiniert werden, sind:

1. Chemotherapie



Die bei der Chemotherapie eingesetzten Zytostatika töten Krebszellen ab, anstatt sie zu reparieren. Gleichzeitig greifen sie gesunde Zellen an und führen zu extremen Nebenwirkungen.

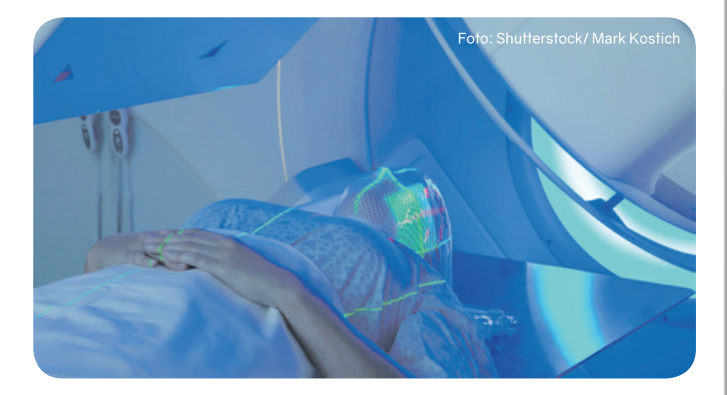
Bei der Chemotherapie werden vor allem sogenannte «Zytostatika» (Griechisch: cyto: Zelle, statik: Anhalten) eingesetzt. Ziel dieser Substanzen ist eine schädigende Wirkung auf Krebszellen. Man versucht mit den Zytostatika, das Wachstum der Zellen zu verhindern oder die Zellen abzutöten. Zytostatika werden in der Regel über Infusionen oder Spritzen aufgenommen, manchmal auch über Tabletten und Kapseln – und selten über Salben oder Zäpfchen.

In der chemotherapeutischen Behandlung wird versucht, Chemikalien zu finden, die Krebszellen von gesunden unterscheiden können und nur die entarteten Zellen schädigen. Das ist jedoch schwierig, da Krebszellen aus körpereigenen Zellen entstanden sind. Die Zytostatika stören Prozesse, die mit dem Zellwachstum und der Zellteilung in Verbindung stehen. Meist greifen sie die DNA oder andere Bestandteile der Zellen an. Zytostatika schädigen somit vor allem Zellen, die schnell wachsen und sich schnell teilen. Das ist laut Schulmedizin bei den meisten Tumorzellen der Fall. Allerdings auch bei anderen Zellarten wie z.B. Haarwurzelzellen oder Schleimhautzellen im Magen-Darm-Trakt, die somit ebenfalls geschädigt werden. Das führt dann zu den «Nebenwirkungen» Haarausfall sowie Durchfall und starker Übelkeit. Auch die Blutbildung im Knochenmark wird negativ beeinflusst und Nervenbahnen können geschädigt werden. Das führt z.B. zu Problemen mit dem Tast- und Berührsinn. Diese teils heftigen Nebenwirkungen sind auch der Grund, warum die Chemotherapie in der Kritik steht.

2. Strahlentherapie

Bei der Strahlentherapie werden ionisierende, hochenergetische Strahlen verwendet. «Ionisierend» bedeutet: Die Strahlen sind in der Lage, Elektronen aus Atomen oder Molekülen zu schlagen bzw. zu entfernen. Meistens werden bei der Strahlentherapie elektromagnetische Strahlen wie Gamma- und Röntgenstrahlung eingesetzt. Die Strahlung schädigt die Erbsubstanz (DNS) der Tumorzellen und verhindert verschiedene Stoffwechselvorgänge genau wie auch die Chemotherapie, nur eben mit Strahlen und nicht mit Zytostatika. Bestenfalls können sich die Tumorzellen nicht mehr vermehren und sterben ab. Die Bestrahlung kann sowohl von aussen erfolgen (Teletherapie) als auch durch kleine strahlende Implantationen im Körper, sodass die Strahlung sozusagen von innen kommt (Brachytherapie).

Wie bei der Chemotherapie kann es allerdings zu extremen «Nebenwirkungen» kommen: Rötungen und Schleimhautentzündungen im bestrahlten Bereich, bei Bestrahlung des Kopfes Haarausfall, bei Bestrahlung des Bauchbereichs Übelkeit, Durchfall und Blasenbeschwerden. Weitaus schlimmere «Nebenwirkungen» sind bei der Strahlentherapie jedoch die Spätreaktionen. Sie treten erst nach mehreren Monaten oder Jahren auf. Es handelt sich dabei häufig um Gefässverengungen und Narbenbildung im Gewebe. Es kommt zur Verfärbung der Haut, Geschmacksverlust


Foto: Shutterstock/ Mark Kostich

sowie zu Knochen- und Zahnschäden. Durch die Schädigung von Speicheldrüsen kann es zu Mundtrockenheit kommen und Bestrahlung des Beckenbereichs kann zu Unfruchtbarkeit führen.

Bestrahlte Organe sind zudem bei einer erneuten Bestrahlung wesentlich empfindlicher. Es treten dann oft schlimmere «Nebenwirkungen» auf und es kann gar zum Absterben des Gewebes kommen. Deshalb ist die Strahlentherapie ähnlich umstritten wie die Chemotherapie.

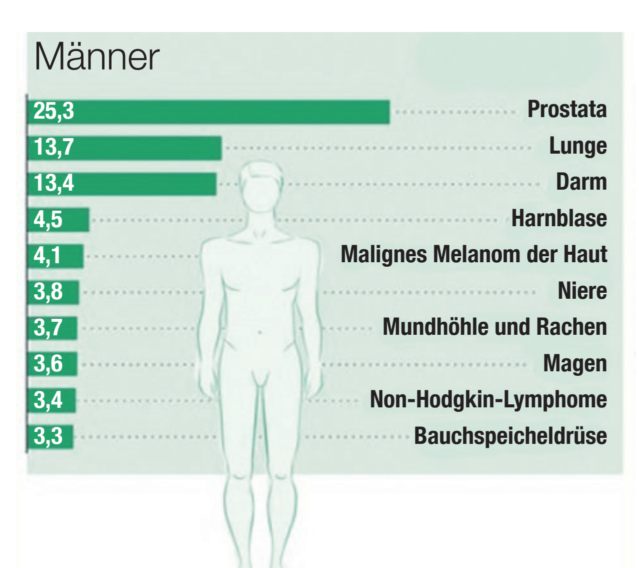
3. Operation

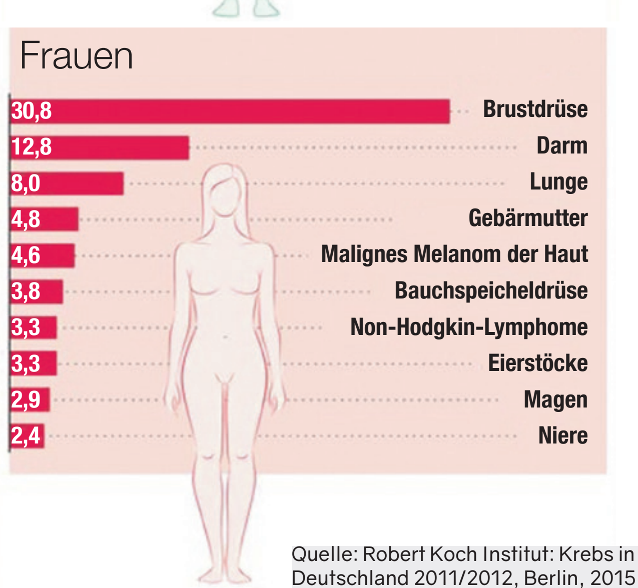
Bei einer Operation wird der Tumor nicht zerstört, sondern möglichst ganz aus dem Körper entfernt. Selbstverständlich ist jede Operation mit hohen gesundheitlichen Risiken verbunden. Oft werden sogar ganze Körper- oder Organteile entfernt, was den Patienten natürlich extrem gesundheitlich beeinträchtigen kann. ***(tk)***



Was sind die häufigsten Krebsarten?

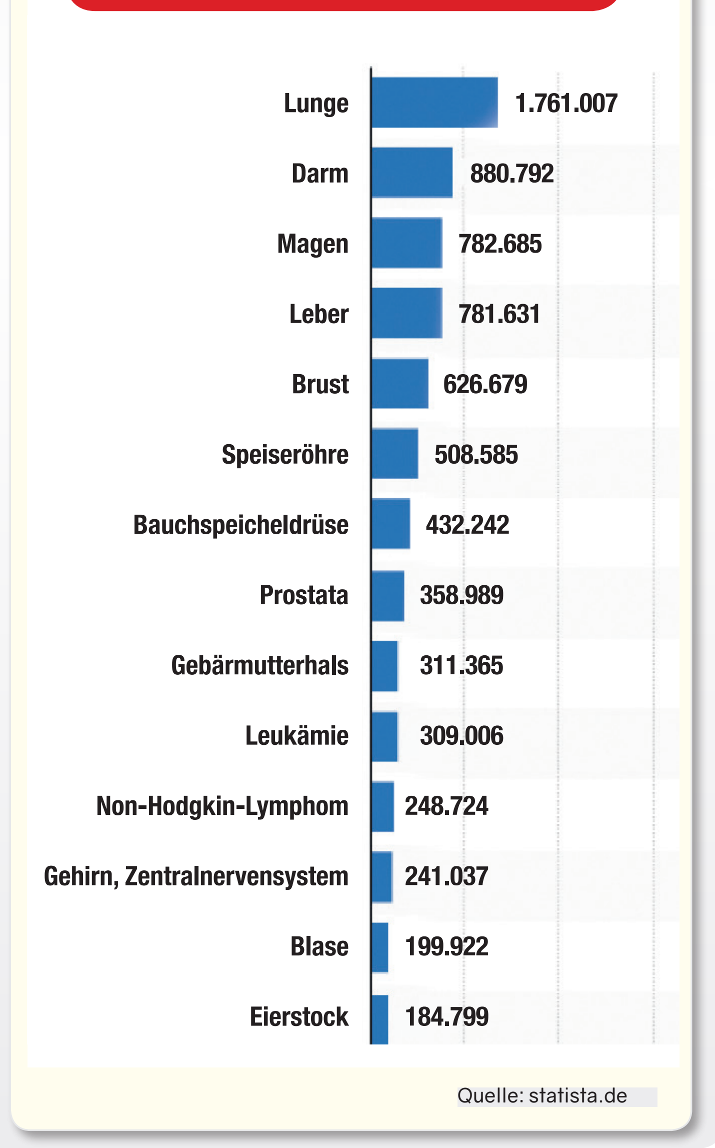
Prozentualer Anteil der Krebsneuerkrankungen in Deutschland nach Geschlecht





Quelle: Robert Koch Institut: Krebs in Deutschland 2011/2012, Berlin, 2015





Quelle: statista.de

Krebs-Früherkennung:

Kampagnen für Krebs-Früherkennung aus dem deutschen Sprachraum.

Bei der Früherkennung – sei es beim allgemeinen Gesundheitscheck oder bei der Krebs-Früherkennung– versuchen Ärzte, Krankheiten in Vor- oder Frühstadien zu entdecken. Und sie versprechen dem Untersuchten, dass man in diesen Frühstadien besser kurieren kann. Oder bei entdeckten Vorstadien sogar den Ausbruch der Krankheit verhindern kann. Das klingt durchaus überzeugend. Was könnte auch sinnvoller sein?

Bei genauerem Hinsehen wird allerdings sehr schnell klar, dass diese Betrachtungsweise naiv ist. Gefährlich naiv. Der Kern des Problems liegt in der Frage: Wo fängt die Krankheit an? Denn bei diesen Untersuchungen an Gesunden werden in der Regel keine Krankheiten diagnostiziert, sondern Grenzwertverletzungen. Ihr Arzt sagt Ihnen: «Sie haben zu hohen Blutdruck.» Oder: «Ihr Cholesterin ist deutlich über dem Grenzwert, da müssen wir etwas machen.» Oder der Radiologe stellt nach zwei Mammografien (Röntgen der Brust), einem Ultraschall und letztendlich nach der Analyse der Gewebeprobe aus der Brust fest: «Es ist Krebs.» Und dann fügt er vielleicht noch hinzu: «Gut, dass wir den so früh gefunden haben. Da haben wir gute Heilungschancen.»

Tatsächlich aber können all diese Befunde völlig unproblematisch für die Gesundheit des Patienten sein. Das macht die Früherkennung gefährlich! Sie erkennt nämlich auch Abweichungen vom Ideal, die für die Betroffenen in ihrem Leben vielleicht niemals zu einem gesundheitlichen Problem geworden wären. Der Fachbegriff dafür heisst «Überdiagnose». Viele Menschen werden mit hohen Blutdruckwerten steinalt. Ähnliches gilt für den Cholesterinwert, der im Alter natürlicherweise ansteigt. Selbst Krebs (eigentlich sollte man zunächst von «Gewebeveränderungen» sprechen, denn das Wort «Krebs» ist so angstbesetzt, dass es sofort blinden Aktionismus auslöst) ist nicht generell der «Killer», als der er allgemein wahrgenommen wird. Die meisten Männer haben an ihrem Lebensende beispielsweise Prostatakrebs. An Prostatakrebs stirbt jedoch nur etwa

Wie mit Statistiken getäuscht wird

jeder dreissigste Mann in Deutschland, und das zumeist in einem Alter, das deutlich über der durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern liegt. Sehr viele Menschen tragen Gewebeveränderungen mit sich herum, von denen sie nichts wissen. Und das ist auch gut so, denn diese Gewebeveränderungen werden nicht unbedingt zu einem aggressiven Tumor heranwachsen.

Krank durch Früherkennung?

So können klinisch gesunde Menschen durch die Früherkennung zu Kranken werden, obwohl sie im Leben vielleicht nie einen gefährlichen Krebs bekommen hätten. «Moment mal. Früherkennung hilft aber auch. Es werden doch Leben gerettet», mag man anmerken. Völlig zu Recht – nur leider nicht immer. Es gilt, eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Den Nutzen und den Schaden der Früherkennungsmassnahmen abzuwägen. Wie gross ist die Chance auf einen Nutzen? Wie sehr wird durch Früherkennung mein Risiko gesenkt, an einer Krankheit zu sterben oder ernsthaft daran zu erkranken? Wie gross ist auf der anderen Seite mein Risiko, Opfer von unnötiger Medizin zu werden? Nur, weil ich als Gesunder zur Sicherheit an einem Screening oder an einer individuellen Früherkennungsmassnahme teilgenommen habe?

Eigentlich müsste es die besten Informationen ja bei den Ärzten geben, die Früherkennung anbieten. Der Gedanke liegt nahe: Diese müssten sich doch wirklich auskennen und uns nach bestem Wissen und Gewissen beraten. Dazu muss man aber leider feststellen: Über den Schaden sprechen die meisten Mediziner nicht so gerne. Es ist ganz einfach: Ärzte und Krankenhäuser verdienen nicht nur an der Früherkennung. Sie verdienen auch noch an der gegebenenfalls folgenden Behandlung. Für viele Mediziner ist Früherkennung eine willkommene Gelegenheit, ihren Kundenkreis auszuweiten. Und natürlich auch für den gesamten medizinisch-industriellen Komplex, einschliesslich Pharmaindustrie. Jeder «früh erkannte» Krebspatient ist – über die Krankenversicherung – ein solventer Neukunde. Fatal ist, dass nun häufig erst durch die Behandlung Gesundheitsschäden entstehen – auch Krebs. Mehr dazu auf den folgenden Seiten. ***(tk)***

Angebote zur Krebsfrüherkennung für Männer und Frauen in Deutschland

Stand: Januar 2020

ab 20 einmal jährlich
Untersuchung der äußeren & inneren Geschlechtsorgane

ab 35 alle 2 Jahre
Hautkrebs-Screening
Inspektion des gesamten Körpers

ab 20 bis 34 einmal jährlich
Abstrich vom Gebärmutterhals

ab 35 alle 3 Jahre
Abstrich vom Gebärmutterhals
und zusätzlich einen HPV-Test

ab 50 einmal jährlich
Test auf okkultes Blut im Stuhl

ab 45 einmal jährlich
Abtastung der Prostata
Untersuchung der Geschlechtsorgane und Lymphknoten in der Leiste

ab 30 einmal jährlich
Abtastung der Brüste und Achselhöhlen

50-69 alle 2 Jahre
Mammographie-Screening



Quelle: Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum



Studie: Vorsorgeuntersuchungen bringen nichts?

Vorsorge bietet den bestechenden Vorteil, im Gesundheitssystem auch mit den Menschen reichlich Geld verdienen zu können, die klinisch vollkommen gesund sind. Vollkommen gesund? Na ja, es könnte natürlich sein, dass die Gesunden nur scheinbar gesund sind, in Wirklichkeit aber eine Krankheit im Frühstadium haben, die noch keine Symptome zeigt. In diesem Frühstadium – so die Argumentation – lasse sich die Krankheit besser behandeln, wodurch die Chance, wirklich wieder zu gesunden, steige. Das hört sich überzeugend an. Fast jeder denkt dabei sofort auch an Krebs.

Aber gibt es eigentlich belastbare Daten, die das beweisen? Könnte es nicht auch ganz anders sein: Eine Krankheit (auch Krebs) hat die Gefährlichkeit, die sie nun einmal hat. Vielleicht habe ich die gleichen Chancen, sie zu besiegen, auch wenn ich die Krankheit erst an ihren Symptomen erkenne, wenn sie also spürbar geworden ist. Mehr noch: Birgt Vorsorge vielleicht das Risiko, Krankheiten im Frühstadium zu erkennen und zu behandeln, die in meinem Leben nicht über dieses Frühstadium hinausgekommen wären? Besteht das Risiko, an unnötigen Behandlungen Schaden zu nehmen? Oder einfach nur früher von dieser Krankheit zu wissen, mich länger mit der Behandlung abzuquälen, dann aber doch sterben zu müssen? Und zwar zum selben Zeitpunkt, an dem ich auch hätte sterben müssen, wenn ich die Krankheit erst deutlich später an ihren Symptomen erkannt hätte?

Krebs-Todeszahlen nach Metastudie des Cochrane-Forscher-Netzwerks:

Gruppe mit Krebs-Frühdiagnose: 21 von 1000 sterben an Krebs!

Gruppe ohne Krebs-Frühdiagnose: 21 von 1000 sterben an Krebs!



Ist Krebsvorsorge sinnlos?

Quelle: bmj.com, General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis, 2012

Metaanalysen geben die beste Antwort

Eine Gruppe des Cochrane-Forscher-Netzwerks in Kopenhagen, die sich «Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group» nennt, hat die Effektivität von Vorsorgeuntersuchen überprüft. Im Oktober 2012 hat diese Gruppe eine Metaanalyse zum Thema «Allgemeine Gesundheitschecks» veröffentlicht. [1] Metaanalysen besitzen in der evidenzbasierten Medizin den höchsten wissenschaftlichen Stellenwert, denn sie werten alle Studien zu einem Thema aus und erreichen so die höchste statistische Beweiskraft.

«Screenings» (englisch für Vorsorgeuntersuchungen), so schreiben die Autoren ganz trocken über ihr Thema, «führen zu weiteren Diagnosen und Behandlungen, die schaden, aber auch nützen können. Deshalb ist es wichtig abzuschätzen, ob allgemeine Gesundheitschecks mehr nützen als schaden». In einer Vorbemerkung erklären sie, dass sie sich um patientenrelevante Endpunkte kümmern wollten, um Krankheit und Tod, und nicht um Ersatzparameter (Werte, die auf etwas hindeuten; siehe S.77 ff.) wie Cholesterinspiegel oder Blutdruck. Wichtig: In der Studie ging es um allgemeine Gesundheitschecks, in denen nicht speziell ein Krankheitsrisiko untersucht wurde. Und: Die Studie bezog sich auf Erwachsene bis zum Alter von 68 Jahren.

Die Wissenschaftler um Lasse Krogsbøll suchten nach randomisierten Studien zum Thema Gesundheitschecks. Also nach Studien, in denen zunächst Teilnehmer rekrutiert und dann nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt werden. Das ist wichtig, um gleiche Ausgangsbedingungen für die Gruppen zu schaffen. Die eine Gruppe erhält die Vorsorgeuntersuchungen, die andere nicht. 14 solcher gut gemachten Studien mit insgesamt 182.880 Probanden konnten die Wissenschaftler finden. Sie differenzierten die Daten in Aussagen zur allgemeinen Sterblichkeit, zur Herz-Kreislauf-Sterblichkeit und Krebssterblichkeit.

Screening = Vorsorgeuntersuchung

Riesiges Nullsummenspiel

Wie gross war der Effekt der Vorsorgeuntersuchung auf die Sterblichkeit? Neun Studien mit insgesamt 155.899 Teilnehmern stellten Daten zur allgemeinen Sterblichkeit zur Verfügung. Die mittlere Nachbeobachtungsdauer betrug neun Jahre. In der Studiengruppe mit den Vorsorgeuntersuchungen starben 74 von 1000 Teilnehmern, in der Gruppe ohne Untersuchungen starben 75 von 1000 Teilnehmern – im Schnitt. In einigen Studien starben mehr Probanden in der Gruppe mit den Screenings. Der Unterschied von einem Promille geht laut der Studie im statistischen Rauschen unter. Die Wissenschaftler sagten: Die Studien weisen keinen positiven Effekt der Vorsorge-Screenings nach.

Acht Studien enthielten Daten zur Krebssterblichkeit. An diesen Studien waren insgesamt 139.290 Probanden beteiligt. In der Gruppe ohne Vorsorge starben im Untersuchungszeitraum 21 von 1000 Personen an Krebs. In der Gruppe mit Vorsorge waren es ebenfalls 21 von 1000. Ein klares Ergebnis! In diesen Studien mit über 180.000 Teilnehmern haben die Screenings versagt!

Fazit der Studie: Screenings sind ein riesiges Nullsummenspiel, was den Überlebensvorteil betrifft. Aber natürlich ein Milliardengeschäft, wenn man auf die ärztlichen Untersuchungen, die zusätzlich verschriebenen Medikamente, die Diagnosetechnik und die folgenden Behandlungen schaut. Und eine Vernichtung von Milliarden, die Krankenversicherte in die Kassen einzahlen. ***(tk)***

Quellen:

Frank Wittig, Die weisse Mafia: Wie Ärzte und die Pharmaindustrie unsere Gesundheit aufs Spiel setzen, riva, 2015

1. bmj.com, General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis, 2012

Nullsummenspiel? Kein Unterschied, ob mit oder ohne Screening?



Foto: Envato

Metastudie des Cochrane-Forscher-Netzwerks zu Vorsorgeuntersuchungen allgemein

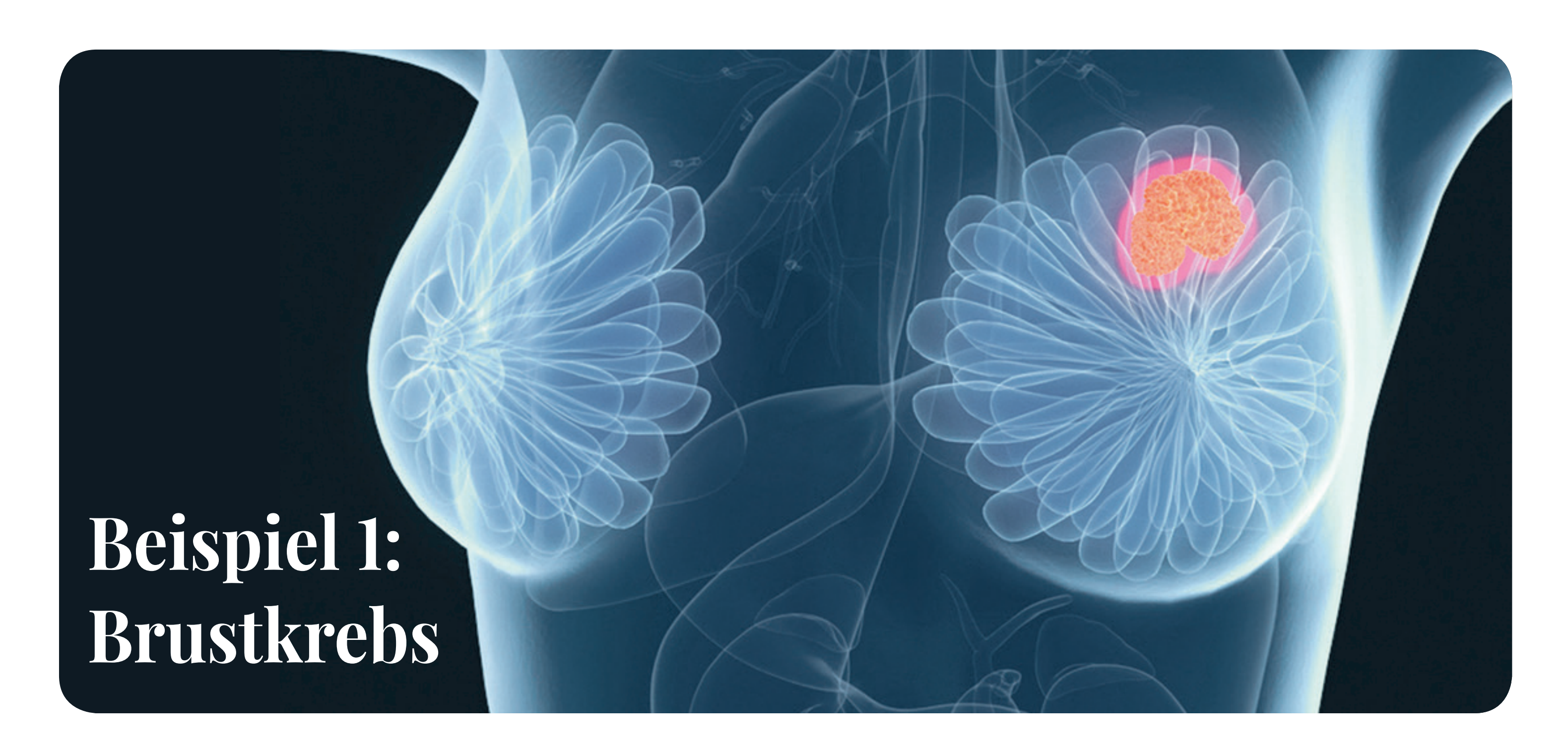
Metastudien haben **höchste statistische Beweiskraft.**

Studien mit insgesamt **182.880 Probanden** untersucht

Ergebnis:
Gruppen mit und Gruppen ohne Screenings weisen praktisch keinen Unterschied bezüglich Gesamtüberleben auf.

Sind Screenings ein riesiges Nullsummenspiel für die Patienten?

Quelle: bmj.com, General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis, 2012



Beispiel 1: Brustkrebs

Eine Überdiagnose ist eine richtig erkannte «Krankheit», die aber im Leben nicht weiter auffällig geworden wäre. Bei der Brustkrebs-Früherkennung bedeutet das im Klartext: Es werden Gewebeveränderungen entdeckt und als Krebs eingestuft, die sich nie zu einem aggressiven Tumor weiterentwickelt hätten. Beim «Mamma-Screening» (Mammografie = Röntgen der Brust, um Tumore zu erkennen) führt die Überdiagnose praktisch immer zu einer Übertherapie. Denn man kann ja nicht in die Zukunft sehen und erkennen, ob die Gewebeveränderung einmal bösartig wird oder nicht. Also wird operiert, je nach Einschätzung der Gefahr auch bestrahlt oder eine Chemotherapie verordnet.

In medizinischen Informationsangeboten liest man häufig, die Sterblichkeit würde durch ein Screening um 20 Prozent reduziert. Das entspricht zwar annähernd dem wissenschaftlichen Stand, ist dennoch vollkommen irreführend, weil es dazu beiträgt, dass wir Laien die Wirksamkeit des Screenings bei weitem überschätzen.

Wieso ist es wahr und dennoch grob irreführend? Was bedeuten die Zahlen konkret? Nach einer grossen Studie [1], die für Jahre als beste Referenz galt, ist es konkret so: Frauen wurden in zwei Gruppen mit je 1000 Mitgliedern eingeteilt. In der einen Gruppe gingen die Frauen zehn Jahre lang alle zwei Jahre zum Screening. In der zweiten Gruppe nicht. In der Gruppe ohne Screening starben in den zehn Jahren fünf Frauen an Brustkrebs. In der Screening-Gruppe mit der Früherkennungsuntersuchung starben vier Frauen. Wir blicken also auf eine Reduktion der Sterblichkeit von fünf auf vier. Da ist es mathematisch-statistisch legitim, von einer Risikoreduktion um 20% zu sprechen. Was Laien den Eindruck vermittelt, dass 20% der Frauen, also 200 von 1000 durch das Screening gerettet würden. Dabei wurde aber tatsächlich nur eine von 1000 gerettet, was statistisch nicht signifikant ist und keinen Effekt der Screenings nachweist. Genauso gut könnte es sich um Zufall handeln.

Verwirrspiel: Absolutes und relatives Risiko

Fachleute sprechen vom relativen und vom absoluten Risiko. Das relative Risiko gibt die Verhältnisse in der Gruppe der Krebsopfer an. Im genannten Fall vier gegen fünf an Brustkrebs verstorbene Frauen. Aber für die Entscheidung, ob man an einem Krebs-Screening teilnimmt, interessiert vor allem die absolute Risikoreduktion. Und da hört sich eine von Tausend, ein Zehntel Prozent oder 1 Promille nicht besonders überzeugend an. Aber das waren die Zahlen. Bei Gruppen von je 1000 Teilnehmerinnen starb in der Screening-Gruppe gerade eine Frau weniger an Brustkrebs. Nach einer anderen bekannten Studienübersicht (2), die sich auf 600.000 teilnehmende Frauen stützt, ist die Risikoreduktion sogar noch geringer. Sie liegt nur bei einem halben Promille in zehn Jahren. Das heisst: 2000 Frauen müssen zehn Jahre zum Screening gehen, damit eine tatsächlich durch diese

Die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu sterben:

ohne Screening: 0.5%

mit Screening: 0.4%

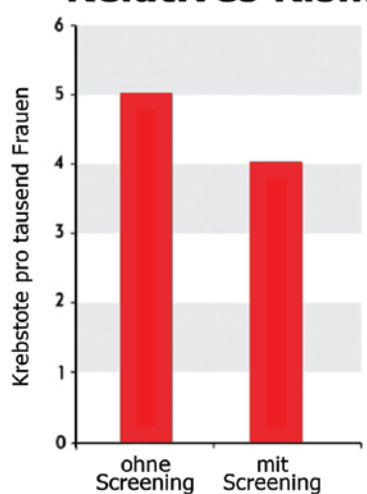
Die Differenz von 0,1% entspricht einem Millimeter im Vergleich zu einem Meter.

Wohlgemerkt: Basierend auf einer Untersuchung von Studien der modernen Schulmedizin. Diese Studien sind aufgrund der Einflussnahme von Pharmakonzernen sowieso mit Vorsicht zu geniessen!

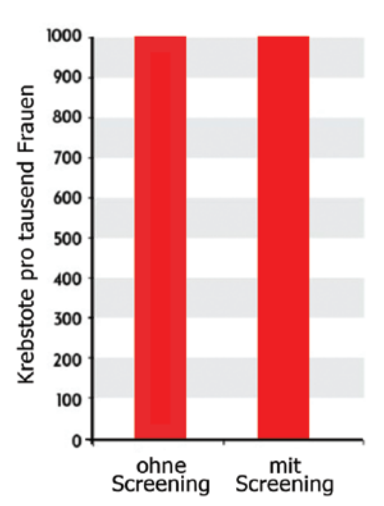
Quelle: Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE (2002) Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. Lancet 359:909–919

Statistik-Trick

Relatives Risiko vs. Absolutes Risiko



In Bezug auf die Frauen, die an Brustkrebs sterben, verringert sich die Anzahl der Betroffenen in zwei Gruppen von je 1000 Frauen von fünf auf vier. Diese Zahl kann man als **«20% Risiko-Reduktion** durch das Brustkrebsscreening» an den Mann bringen und täuscht dabei, ohne zu lügen: Der Laie glaubt bei dieser Zahl nämlich, dass 20 von 100 Frauen gerettet wurden. Er denkt, er würde sein Todesrisiko um 20% verringern.



Bezogen auf die 1000 Frauen in den beiden Gruppen stellt die eine gerettete Frau gerade einmal ein Promille dar, also eine von tausend. In der Skala ist kaum ein Unterschied erkennbar. Mit der Promillechance, den Brustkrebstod zu vermeiden, eine **Risiko-Reduktion von 0,1%**, kann man jedoch keine Werbung für das Screening machen, weshalb Ärzte normalerweise mit den trügerischen 20% (relatives Risiko) hausieren gehen.

Methode vor dem Brustkrebstod gerettet wird – und das sind wohlgemerkt Studien der modernen Schulmedizin, die, wie bereits erläutert (siehe S.15 ff.), aufgrund der Einflussnahme der Pharmakonzerne sowieso mit Vorsicht zu geniessen sind.

Für eine einzelne Frau ist der statistische Nutzen einer Teilnahme am zehn Jahre langen Mamma-Screening – mit einem halben Promille Risikoreduktion, an Brustkrebs zu versterben – verschwindend gering. Als vom Screening lebender Radiologe hat man kaum eine andere Wahl, als die Zahlen anzupassen, um mit ihnen argumentieren zu können. Man könnte z.B. sagen: «Wenn alle sechs Millionen infrage kommenden Frauen brav zum Screening gehen, retten wir in zehn Jahren 3000 Frauen das Leben.» Wer wollte da widersprechen?

Eigentlich gar kein Frauenleben gerettet

Doch das Wichtigste folgt erst noch: Bisher wurde nur über die Risikoreduktion, an Brustkrebs zu sterben, gesprochen. Wenn man einen Blick auf das Gesamtüberleben wirft (man kann ja nicht nur an Krebs sterben), ergibt sich ein bizarres Bild. Wie gesagt: Die Zahlen stammen aus einer Metaanalyse, die sich auf 600.000 Teilnehmerinnen stützt. [2] Veröffentlicht im Jahr 2013 in der Cochrane-Bibliothek. Sie wurde 2014 bestätigt durch eine kanadische Studie [3], an der 45.000 Frauen teilnahmen und die die besonders positive Eigenschaft hat, über 25 Jahre durchgeführt worden zu sein. Das Ergebnis: In Bezug auf das Gesamtüberleben gab es keinen Unterschied zwischen der Screening-Gruppe und den Frauen, die nicht zur Früherkennung gingen. Es wurde zwar eine von 2000 Frauen in zehn Jahren vor dem Brustkrebstod gerettet, doch dieser statistisch immerhin noch sichtbare kleine Vorteil durch das Screening wird offenbar von anderen Todesursachen «wettgemacht». Schliesslich befinden wir uns hier in einer Gruppe von Frauen oft fortgeschrittenen Alters. Herzinfarkt, Schlaganfall, andere Tumorarten: Am Ende bringt das Mamma-Screening praktisch keine Überlebensvorteile!

Erschreckend hoher Schaden

Ernüchternd, oder? Dabei wurde noch nicht einmal ein Blick auf den Schaden geworfen. Das kommt jetzt. Wieder geht es um die grosse Metastudie der Cochrane-Gesellschaft. [2] Diese Studie wurde von Peter Gøtzsche geleitet. Er hat eine Professur für klinisches Forschungsdesign und Analyse an der Universität Kopenhagen. Er und seine (ehemaligen) Mitarbeiter aus der Cochrane-Gesellschaft (die Gøtzsche 2018 verliess) sind Profis in der Auswertung grosser Datenmengen. So haben die wissenschaftlichen Mitarbeiter von Cochrane die medizinischen Datenbanken durchforstet und die Studien zum Mamma-Screening herausgefiltert und zusammengefasst. Wie gesagt, die Studie basiert auf den Daten von 600.000 Teilnehmerinnen.

Wir haben die Zahlen zu dieser Metastudie zuletzt auf Gruppen von je 2000 Frauen bezogen. In der Screening-Gruppe starben zehn, in der Gruppe ohne Screening elf Frauen an Brustkrebs. Wenn man nur auf den Brustkrebs blickt, könnte man von einer geretteten Frau pro 2000 in zehn Jahren sprechen. Interessant ist allerdings zu vergleichen, wie viele Frauen in den beiden Gruppen gegen Krebs behandelt wurden. Und da zeigt sich: Pro 2000 Frauen wurden in der Gruppe, die am Screening teilnahm, zehn Frauen mehr gegen Krebs behandelt als in der Gruppe, die nicht zum Screening ging. Das ist im ersten Moment überraschend. Schliesslich muss der Brustkrebs auch in der Gruppe der Frauen, die nicht zum Screening gehen, irgendwann auffallen und behandelt werden. Doch genau diese Vermutung ist falsch. Im Screening werden also nachweislich Gewebeveränderungen entdeckt und behandelt, die sich nicht zu einem aggressiven Tumor weiterentwickelt hätten.

Daraus ergibt sich die erschütternde Tatsache, dass durch das Screening in zehn Jahren pro 2000 Frauen zehn Frauen unnötig gegen Krebs therapiert werden: Bestrahlung, Amputation, Chemotherapie. Unnötig, weil es ja nur den Unterschied von einer einzigen vor dem Brustkrebstod geretteten Frau in der Screening-Gruppe gab, der aber bei der Betrachtung der Gesamtmortalität nicht mehr erkennbar war. Diese zehn Frauen wurden überdiagnostiziert. Sie hatten etwas, das aber nicht gefährlich geworden wäre. Das ist tragisch: Sie sind nämlich zum Screening gegangen, damit – falls sie Krebs haben – dieser Krebs im Frühstadium bei ihnen entdeckt wird. Mit der Hoffnung, einen günstigeren Behandlungsverlauf zu erleben. Diese Frauen werden durch das Screening nun aber sinnlos





Nach einer der besten, aktuellsten und größten Studienübersichten müssen 2000 Frauen im Zeitraum von 10 Jahren fünfmal zum Brustkrebs-Screening gehen, damit eine einzige vor dem Brustkrebs gerettet wird.

Man könnte auch sagen:

«Eine gelungene Rettung pro 10.000 Untersuchungen.»

Und das ist wohlgemerkt eine Übersicht zu Studien, die für das Brustkrebs-Screening sprechen sollen!

Wie schon aufgezeigt (siehe S.10 ff.), sind diese meist pharmanahen Studien sowieso mit Vorsicht zu geniessen.

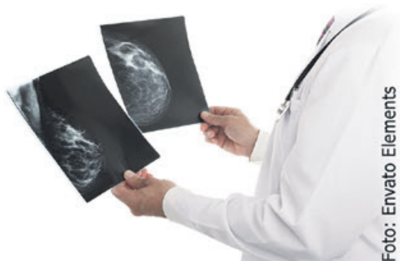


Foto: Envato Elements

Es geht hier ausserdem nur um die Rettung vor Brustkrebs, nicht um das Gesamtüberleben!

Quelle: cochranelibrary.com, Screening for breast cancer with mammography, 04.06.2013

➔ zu Krebspatientinnen. Und wer denkt, mit dieser zehnfachen Überdiagnostik wäre der Schaden durch das Mamma-Screening schon abgehandelt, der irrt leider.

Enorme seelische Belastung

Seelische Belastungen stellen einen nicht zu unterschätzenden Teil des Schadens durch das Mamma-Screening dar, der selbst in der kritischen Auseinandersetzung mit dem Screening oft vollkommen unter den Tisch fällt. Unter diesen Belastungen leiden schliesslich nicht nur die Frauen, bei denen Krebs als sicher diagnostiziert gilt, sondern auch Frauen, die in der ersten Röntgenuntersuchung einen «auffälligen Befund» erhalten haben. Dabei gilt es immer im Hinterkopf zu behalten: All dies, obwohl das Mamma-Screening praktisch keine Überlebensvorteile bringt!

Die Untersuchung empfinden die meisten Frauen als unangenehm bis schmerzhaft. Ihre Brust wird zwischen zwei Platten möglichst flachgepresst, weil sie dann mit geringerer Röntgenstrahlung «durchleuchtet» werden kann. Bei den wenigsten Frauen dürfte das ohne ein mulmiges Gefühl vonstattengehen. Die Tage, bis das Ergebnis der Mammografie zu Hause im Briefkasten liegt, werden für viele Frauen sicher auch nicht zu den angenehmen zählen. Etwa jede 20. liest dann in dem Brief, dass sich bei ihr ein «auffälliger Befund» ergeben hat. Innerhalb der nächsten Woche wird ein Termin zur «Abklärungsdiagnostik» angeboten.

Gabi Schmitt, die Mannheimer Screening-Teilnehmerin aus der TV-Dokumentation «Krank durch Früherkennung» [4] hatte einen solchen auffälligen Befund. Für Gabi Schmitt war das – wie sicher für die meisten Frauen, die einen solchen Brief erhalten – ein schwerer Schock. Im engsten Umfeld hatte sie bereits Frauen an Brustkrebs sterben sehen. Zuletzt eine Kollegin, die ihr im Büro gegenübergesessen hatte: «Am Freitag ist die noch zur Arbeit gekommen. Und am Dienstag war sie tot. Das war hart!» Gabi Schmitt hatte Angst vor der Abklärungsdiagnostik. Versuchte, sich bis dahin abzulenken, so gut es ging. Mit den Enkeln spielen, mit den Hunden rausgehen. Aber die Angst vor dem Krebs konnte sie nicht abschütteln.

Als potenzielle Todeskandidatin gefühlt

Bei der Abklärungsdiagnostik wurde Gabi Schmitts Brust in einem anderen Winkel durchleuchtet als bei der ersten Untersuchung. Zusätzlich machte die Radiologin in diesem Zentrum noch eine Ultraschalluntersuchung. Wieder und wieder fuhr sie mit dem Schallkopf über die verdächtige Stelle, an der sich in der ersten Mammografie eine Verdichtung gezeigt hatte. Und die Patientin wusste nicht, ob das ein gutes oder ein schlechtes Zeichen war. Beim anschliessenden Gespräch sass sie wie auf glühenden Kohlen. Doch die Radiologin eröffnete ihr nach wenigen Sätzen, dass alles in Ordnung sei. Gabi Schmitt standen die Tränen in den Augen. So wie Gabi Schmitt geht es etwa zwei von drei Frauen in der Abklärungsdiagnostik. Das ist natürlich ein Grund zur Freude für die, «bei denen nichts ist». Aber die Ungewissheit bis zur Entwarnung führt bei vielen Frauen dazu, sich in den Tagen des Wartens auf die Abklärungsdiagnostik als potenzielle Todeskandidatin zu empfinden. Diese Zeit wirkt bei vielen Frauen als Trauma, das seine Spuren hinterlässt, auch wenn es am Ende Entwarnung gibt. Studien zeigen, dass zahlreiche Frauen durch die Verdachtsdiagnose auf Jahre hinaus Schaden an ihrer Fähigkeit zur Stressbewältigung nehmen. [5] Psychologen sprechen von einer Schwächung der Resilienz, der psychischen Widerstandskraft, die einen im Ernstfall lebenslänglich begleitet.

Wie aber geht es weiter, wenn bei der Abklärungsdiagnostik keine Entwarnung gegeben wurde? Dann gibt es einen weiteren Termin. Und es heisst wieder: warten! Diesmal allerdings mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis des Tests «positiv» ausfällt, das heisst, dass es Krebs ist. Der psychische Druck und damit das Traumatisierungsrisiko sind entsprechend höher.

Diesmal geht es zur Stanzbiopsie. Das hört sich unangenehm an? Ist es auch! Unter Röntgenkontrolle wird eine Hohlnadel in die verdächtige Stelle in der Brust geschoben. Dann wird per Unterdruck Gewebe in die Nadel gesaugt und aus der Brust gezogen. Was in der Regel einen Bluterguss und nicht selten auch eine Entzündung erzeugt. Das entnommene Gewebe wird im Anschluss unter dem Mikroskop untersucht. Hier zeigt sich, ob die Zellen des Brustgewebes tatsächlich zu wildem Gewebe entartet sind. Der Anteil der Frauen, die am Ende die Mitteilung «Brustkrebs» bekommen, liegt in dieser letzten Diagnosestufe bei etwa 50 Prozent. Absolut sind das etwa 0,8 Prozent der Frauen, die am Screening teilnehmen. Anders ausgedrückt: Bei einer von 120 Teilnehmerinnen gibt es die Diagnose Brustkrebs.

Absolute Zahlen und verzerrte Statistiken

Da in Deutschland 42% der Frauen in der angepeilten Zielgruppe (50 bis 69 Jahre) das angebotene Brustkrebs-Screening wahrnehmen, also knapp drei Millionen Frauen, kön-

Knapp drei Millionen Frauen nehmen in Deutschland das Brustkrebs-Screening wahr.

Legen wir die bereits genannte Studienübersicht (siehe S.40 ff.) zugrunde, müssen wir nach den Studiendaten davon ausgehen, dass 15.000 Frauen in zehn Jahren überdiagnostiziert werden und die Tortur einer Behandlung durchstehen müssen, obwohl sie nicht davon profitieren!

Quelle: cochranelibrary.com, Screening for breast cancer with mammography, 04.06.2013

nen wir in zehn Jahren mit 1.500 Frauen rechnen, die tatsächlich durch das Screening vor dem Brustkrebstod (nicht vor dem Tod) gerettet werden (nach der Cochrane-Metaanalyse [2] lag die Verminderung des absoluten Risikos durch das Screening ja bei nur einem halben Tausendstel). Gleichzeitig müssen wir nach den Studiendaten davon ausgehen, dass 15.000 Frauen in zehn Jahren überdiagnostiziert werden und eine Krebsbehandlung bekommen, obwohl sie nicht davon profitieren. Weil bei ihnen Gewebeveränderungen entdeckt und behandelt werden, die zeit ihres Lebens nicht «klinisch» geworden wären. Diese Zahlen decken sich übrigens mit der Beobachtung, dass mit der Einführung der Screenings die Zahl der Krebsdiagnosen nach oben ging. Je mehr man sucht, desto mehr wird auch gefunden. Dass diese Zunahme der diagnostizierten Krebsfälle weitgehend auf die Überdiagnosen zurückzuführen ist, wird untermauert durch die Beobachtung, dass die Zahl der Toten durch Brustkrebs nur sehr wenig abnimmt.

Das Screening erzeugt laut der Studie also Brustkrebspatientinnen, ohne dass deren Behandlung an der Mortalitätsrate etwas ändern würde. Diese Brustkrebspatientinnen wären demnach auch ohne Behandlung nicht gestorben. Eine leichte Abnahme der Brustkrebs-Todeszahlen findet sich übrigens in vielen Ländern der westlichen Welt. Unabhängig davon, ob und wann in diesen Ländern Screening-Programme eingeführt wurden. Hier wirken offensichtlich auch andere Faktoren. Das Perfide ist, dass die anscheinend überdiagnostizierten und sinnlos behandelten Patientinnen, die nur eine harmlose Gewebeveränderung hatten, aus der ganzen Prozedur mit dem Gefühl herausgehen: «Was für ein Glück. Das Screening hat mir das Leben gerettet.» Vielleicht wäre das Screening-Programm ohne diese Fehleinschätzung schon längst abgebrochen worden. Deutlich weniger Frauen hätten von ihrer Rettung durch das Screening berichtet. Auch viele Radiologen, die mit dem Screening ihr Geld verdienen, unterliegen dieser Fehleinschätzung und denken: «Schau an, wie vielen Patientinnen wir das Leben gerettet haben. Wir machen doch einen tollen Job.» Die Onkologen sehen, dass von der Gesamtzahl der diagnostizierten Brustkrebspatientinnen prozentual mehr Frauen überleben und sprechen daher gerne von dem «grossen Fortschritt», den die Krebsmedizin in den letzten Jahren gemacht habe. Onkologen bilden sich ein, Frauen durch ihre Therapie gerettet zu haben, die höchstwahrscheinlich nie etwas von ihrer Krankheit bemerkt hätten.

«Es ist Zeit, dass unser Rechtssystem einschreitet»

Dass in Deutschland Frauen in ihrem 51. Lebensjahr eine behördliche Einladung erhalten, sich zu einem Termin in einem Screening-Zentrum zur Untersuchung einzufinden, ist ein unglaublicher Skandal. Dieses amtliche Schreiben suggeriert, dass es sich bei der Teilnahme um eine Art Bürgerpflicht handle. Wie gross mag die Zahl der Frauen sein, die die Einladung annehmen, ohne sich weiter zu informieren? Die Zahl derer, die sich mit der Diskussion der unschönen Details lieber gar nicht belasten wollen? Denn wenn der Staat einlädt, muss es doch unterm Strich richtig sein, hinzugehen.

Und das bei der vernichtenden Nutzen-Schadens-Bilanz, die mittlerweile von vielen unabhängigen Wissenschaftlern aufgezeigt wird. Eine entsprechende Aufforderung, den Staat zur Rechenschaft zu ziehen, gab es tatsächlich auch schon. Im Jahr 2012 auf der Website des «British Medical Journals». Das ist eine der grössten und renommiertesten medizinischen Fachzeitschriften. Eine Instanz in der Welt der wissenschaftlichen Medizin. Hier meldete sich Dr. Hendrik Zahl zu Wort. Der Mann ist niemand Geringerer als der Chefstatistiker des norwegischen Instituts für öffentliche Gesundheit in Oslo. Hendrik Zahl richtete sich mit einem dramatischen Appell an Rechtsanwälte. Er fordert sie auf, endlich einzugreifen und das Mamma-Screening vor Gericht zu bringen. «Es ist an der Zeit», schrieb

Statistik-Trick



...wird herausgestellt, man habe durch die Behandlung die Krankheit als Todesursache besiegt.

Was für einen Unterschied macht das, wenn sich an der allgemeinen Gesundheit des Patienten nichts bessert?



Zahl, «dass unser Rechtssystem einschreitet und beurteilt, ob Frauen Opfer medizinischen und wissenschaftlichen Fehlverhaltens waren.» Wenn dem so sei, dann sollte den Screening-Teilnehmerinnen Schadensersatz zugesprochen werden.

Familiäre Belastung

Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Onkologe und Chef der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, sagte in einem Interview einmal: «Guten Gewissens empfehlen kann man die Teilnahme am Mamma-Screening eigentlich nur Frauen mit einer familiären Vorbelastung.» Doch hier muss man eine wichtige Einschränkung vornehmen: Der bedeutendste genetische Faktor dieser erblichen Belastungen besteht laut Schulmedizin in einer Mutation eines bestimmten Gens mit dem Namen BRCA 1/2. BRCA steht für Breast Cancer, also Brustkrebs. Im gesunden Zustand sorge dieses Gen für die Herstellung eines Eiweissmoleküls, das Beschädigungen am Erbgut repariert. Da diese Beschädigung des Erbguts, der DNA, letztlich der Grund für Krebs sei, steigere es das Krebsrisiko, wenn dieses «Reparatur-Gen» entarte und seine «Arbeit» nicht mehr vollbringe.

Vielen dieser Frauen mit dem BRCA-Gen empfiehlt man sogar, die Mammografie schon ab dem 30. Lebensjahr vornehmen zu lassen oder gar noch früher. Das birgt jedoch mindestens zwei Gefahren: Zum einen ist das jüngere Brustgewebe dichter und lässt sich deshalb schlechter röntgen. Die Entdeckung der Gewebeveränderungen wird dadurch erschwert. Vor allem aber: Durch das häufigere Röntgen wird vielleicht gerade in dieser Gruppe der vermeintlich erblich vorbelasteten Frauen das Krebsrisiko weiter erhöht. Die Röntgenstrahlung bei der Mammografie entspricht etwa dem 200- bis 400-fachen der Strahlenbelastung durch einen achtstündigen Transatlantikflug in 12.000 Metern Höhe. Die ionisierende Strahlung führt zu Beschädigungen im Erbmolekül, in der DNA. Je häufiger geröntgt wird, desto mehr Schäden werden verursacht. Und bei den angeblich erblich vorbelasteten Frauen mit dem mutierten BRCA-Gen soll ja genau die Reparatur dieser Schäden nicht mehr richtig funktionieren. Zur allgemeinen Gefahr durch das Röntgen-Screening bei «normalen» Frauen haben kanadische Wissenschaftler 2011 übrigens eine Studie veröffentlicht.[6] Die Forscher haben aus verschiedenen epidemiologischen Studien errechnet, dass durch das im zweijährigen Abstand vorgenommene Röntgen zur Brustkrebs-Früherkennung 2 bis 4 Prozent der Brustkrebsfälle ausgelöst werden, die durch das Screening entdeckt werden.

Es gibt also gute Gründe – wenn man sich (warum auch immer) zu einem Screening entscheidet – zumindest einzufordern, nicht mit einem Röntgengerät untersucht zu werden, sondern mit einem Gerät, das auf dem Magnet-Resonanz-Verfahren beruht (kurz: MR-Tomografie). Die Magnetresonanztechnik arbeitet nicht mit ionisierenden Strahlen und schädigt das Erbmaterial nicht – genau wie Ultraschall. ***(tk)***

Studien belegen: Röntgen kann Krebs verursachen – Warum macht man es dann?

Die Röntgenstrahlung bei der Mammografie entspricht etwa dem **200- bis 400-fachen** der **Strahlenbelastung** durch einen **achtstündigen Transatlantikflug** in 12.000 Metern Höhe.



Studien zeigen: Die ionisierende Strahlung führt zu Beschädigungen in der DNA.
Je häufiger geröntgt wird, desto mehr Schäden werden verursacht.

Kanadische Forscher haben 2011 in einer Studie errechnet, dass durch das im zweijährigen Abstand vorgenommene **Röntgen** zur Brustkrebs-Früherkennung **2 bis 4 Prozent der Brustkrebsfälle ausgelöst** werden, die durch das Screening entdeckt werden. [1]



Fotos: Envato

Es ergeben sich laut einer Studie aus den mehr als **70 Millionen CT-Scans** (spezielles Röntgenverfahren), die in den USA pro Jahr durchgeführt werden, geschätzte **29.000 Krebserkrankungen.** [2]

Eine Forschungsarbeit der Oxford Universität berechnete, dass **durch regelmäßig durchgeführte diagnostische Bestrahlungen mehr Krebserkrankungen** auftreten. Für Deutschland schätzt die Studie jährlich mehr als **2000 zusätzliche Krebsfälle**, die auf die Röntgenbestrahlung zurückzuführen sind. [3]

Warum hält man trotz dieser Risiken am Röntgen fest?

Ein Schelm, wer hier an Absicht glaubt.....

Quellen:
1. M.J. Yaffe et al.: „Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening", Radiology, Januar 2011, S. 98–105
2. Gigerenzer G, Gray JAM (2011) Launching the century of the patient.
In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg) Better doctors, better patients, better decisions: envisioning healthcare 2020 Strüngmann forum report 6. MIT Press, Cambridge, S. 1–19
3. thelancet.com, Risk of cancer from diagnostic X-rays, 31.01.2004

Quellen:

Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018

1. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE (2002) Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. Lancet 359:909-919
2. cochranelibrary.com, Screening for breast cancer with mammography, 04.06.2013
3. Anthony B. Miller et al.: «Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial», BMJ 2014
4. youtube.com, Krank durch Früherkennung, 20.07.2014
5. J. Brodersen, V. D. Siersma: «Long-Term Psychosocial Consequences of False-Positive Screening Mammography». The Annals of Family Medicine, 2013
6. M.J. Yaffe et al.: «Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening», Radiology, Januar 2011, S. 98-105

Metastudie zum Brustkrebs-Screening, basierend auf den Daten von 600.000 Teilnehmerinnen

Kein Vorteil für das Gesamtüberleben!
Somit kein gesundheitlicher Nutzen nachgewiesen!

In den Gruppen von 2000 Frauen, die am Screening teilnahmen, wurden durchschnittlich 10 Frauen mehr gegen Brustkrebs behandelt als in der Kontrollgruppe ohne Screening!

Nach dieser Studie bekommen allein in Deutschland 15.000 Frauen in zehn Jahren eine sinnlose Brustkrebsbehandlung.

Fazit aus dieser Metastudie:
Das Brustkrebs-Screening ist nicht nur unnötig. Nicht selten gar setzt es die Patientinnen psychologischen und physischen Torturen aus (Diagnose-Strapazen, Bestrahlung, Amputation, Chemotherapie).

Ohne einen erkennbaren Vorteil für die behandelten Frauen!

Quelle: cochranelibrary.com, Screening for breast cancer with mammography, 04.06.2013

Ergebnisse der Cochrane-Metaanalyse bezogen auf Deutschland

150 Frauen pro Jahr werden durch ein Screening vor dem Brustkrebstod (nicht vor dem Tod) gerettet.

1500 Frauen pro Jahr werden unnötigerweise gegen Brustkrebs behandelt.

Quelle: cochranelibrary.com, Screening for breast cancer with mammography, 04.06.2013

Nach der Cochrane-Metaanalyse erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, den Brustkrebs zu besiegen, durch fünf Screenings in zehn Jahren um 0,05%!

In Bezug auf das Gesamtüberleben gab es keinen Unterschied zwischen der Screening-Gruppe und den Frauen, die nicht zur Früherkennung gingen!

Sie haben richtig gelesen: Laut dieser Studienübersicht überlebt man keinen Tag länger, wenn man sich zur Brustkrebs-Vorsorge begibt!

Demnach ist diese Massnahme völlig sinnlos, wird jedoch millionenfach durchgeführt!

Quelle: cochranelibrary.com, Screening for breast cancer with mammography, 04.06.2013



Studie: Millionen Frauen grundlos wegen falschen Mammografie-Diagnosen behandelt!

In welcher Dimension die falschen Krebsdiagnosen beim Mammografie-Screenings ausfallen, verdeutlicht eine Studie von Gilbert Welch, die im New England Journal of Medicine im Jahr 2012 publiziert wurde. Gegenstand der Untersuchung war die Auswertung von Mammografie-Screening-Daten aus den USA für Frauen über 40 aus der Zeitspanne zwischen 1976 und 2008. Ergebnis: Seitdem die Mammografie-Untersuchung zum Standard-Früherkennungswerkzeug für Brustkrebs wurde, wurden allein in diesem 32 Jahre dauernden Zeitfenster, und allein in den USA, sage und schreibe 1,3 Millionen Frauen Opfer von Fehl- bzw. Überdiagnosen.

Die Untersuchung gibt an, dass allein im Jahr 2008 über 70.000 Frauen von einer Überdiagnose betroffen waren – das sind über 30% der gesamten Brustkrebsdiagnosen der USA. Der Begriff Überdiagnose bedeutet, dass bei der Untersuchung Tumore gefunden wurden, die aber niemals zu behandlungswürdigen Symptomen geführt hätten. Trotzdem wurden hunderttausende von Amerikanerinnen mit der psychisch schwer belastenden Diagnose Brustkrebs konfrontiert und im Anschluss an die Diagnose vielfach unnötigerweise den folgenschweren schulmedizinischen Therapieprogrammen unterzogen: Operationen, Strahlungstherapien, Chemotherapien, in den meisten Fällen eine Kombination aus diesen Verfahren. All das, um einen Zustand zu behandeln, der nicht als Krankheit zu bezeichnen war und auch nie zu einer Krankheit geführt hätte.

Entwicklung seit Einführung des Mammografie-Screenings in den USA

Früh erkannter Brustkrebs





Spät erkannter Brustkrebs



Müsste der spät erkannte Brustkrebs nicht nahezu verschwinden, wenn der früh erkannte Brustkrebs so drastisch ansteigt?

Anscheinend trägt die Mammografie wenig dazu bei, einst spät erkannten Brustkrebs früher zu erkennen, sondern schafft nur neue Brustkrebsfälle, die ohne Diagnose nie hätten behandelt werden müssen!

Quelle: dailymail.co.uk, More than 1 million women given unnecessary and invasive treatment for breast cancer, study finds, 24.11.2012

Gestützt werden diese Ergebnisse auch durch das aus der Studie hervorgehende Faktum, dass, seitdem die Mammografie als Standard-Früherkennungswerkzeug von Brustkrebs in den USA Einzug hielt, sich die Zahl der Frauen, bei denen Brustkrebs im Frühstadium entdeckt wurde, verdoppelt hat, während aber im selben Zeitraum die Zahl der Frauen mit spät erkanntem Brustkrebs unproportional dazu nur um 9% sank. Eigentlich wäre doch zu erwarten, dass, wenn mehr Brustkrebs im Frühstadium erkannt wird, sich dementsprechend die Zahl von spät festgestelltem Brustkrebs im selben Umfang verringern würde. Da dies aber nicht der Fall ist, liegt der Schluss nahe, dass die Frühdiagnose in vielen Fällen bei Frauen anschlug, die einen kleinen Tumor in sich trugen, der sich allerdings niemals in ein behandlungsbedürftiges Stadium entwickelt hätte. Ergo: Mehr unnötige Behandlungen und mehr Geld für die Medizin- und Pharmaindustrie! ***(as/tk)***



Quellen:

nejm.org, Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, 22.11.2012

dailymail.co.uk, More than 1 million women given unnecessary and invasive treatment for breast cancer, study finds, 24.11.2012

Studie des New England Journal of Medicine (2012)

1976: Einführung der Mammografie-Früherkennung in den USA

Von 1976 bis 2008: 1,3 Millionen Frauen Opfer von Fehl- bzw. Überdiagnosen

Allein 2008 über 70.000 Frauen von einer Überdiagnose betroffen, 30% der Brustkrebsdiagnosen in den USA

1976 — 2008

Allein in den USA wurden weit über eine Million Frauen grundlos schlimmsten Torturen ausgesetzt!

Quelle: nejm.org, Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, 22.11.2012





Brüste und Eierstöcke sind auch nach der Menopause wichtig für den weiblichen Hormonhaushalt. Ihre Entfernungen hat schwere Folgen für die Gesundheit. Kaum ein Wort von diesen schweren Folgen bei der gigantischen Medienkampagne, die Jolies Entscheidung zur Amputation von Brüsten und Eierstöcken idealisierte.

Wegen Angelina Jolie lassen sich Frauen ihre gesunden Brüste amputieren!

Im Jahr 2013 gab Angelina Jolie bekannt, sich einer präventiven Mastektomie (Brustentfernung) unterzogen zu haben. Aus Angst, an Brustkrebs erkranken zu können, habe sich die US-amerikanische Schauspielerin vorsorglich beide Brüste amputieren lassen. Die Begründung dafür lautete, dass bei ihr das mutierte Gen BRCA1 (siehe S.44) diagnostiziert wurde, welches angeblich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erheblich steigern soll.

Jolies präventiver Eingriff erscheint gelinde gesagt bizarr, da die Mehrheit der Brustkrebsfälle auch laut Schulmedizin nicht auf dieses Gen zurückführbar ist. Eine Studie aus dem Jahr 2016, veröffentlicht vom Wissenschaftsjournal «Nature», beziffert das Risiko, aufgrund dieses Gens an Krebs zu erkranken, auf 10-30%.[1] Die Studie kommt zum Ergebnis, dass äussere, vermeidbare Einflüsse wie das Rauchen, eine fetthaltige Kost, sowie übermässige Sonneneinstrahlung für mindestens 70-90% der Krebsfälle verantwortlich sind. Ob dies der Weisheit letzter Schluss ist, sei dahingestellt. Die Studie zeigt jedoch, dass eine Amputation der Brüste wegen der Feststellung eines bestimmten Gens vollkommen absurd ist. Bei der Diagnose eines Tumors könnte man die Brust ja immer noch amputieren (was auch immer von dieser Entscheidung zu halten wäre).

Im Grunde handelt es sich bei dieser Mentalität, den Symptomträger statt die Ursachen anzugreifen, um eine Büchse der Pandora. Denn wer tatsächlich glaubt, die Lösung des Krebsproblems liege darin, sich einfach jedes Körperteil abzutrennen, das potenziell von Krebs befallen werden könnte, der glaubt wahrscheinlich auch, eine Amputation des Beines wäre das Mittel der Wahl, um gegen Oberschenkelbrüche vorzugehen. Ein Fass ohne Boden.


Foto: Vipflash/Shutterstock

Angelina Jolie lässt sich trotz geringer Chance, an Brust- oder Eierstockkrebs zu sterben, Brüste und Eierstöcke entfernen.

«Seit dem Outing von Angelina Jolie hat sich die Nachfrage nach genetischen Beratungen verfünffacht. Wir sehen auch ganz klar einen Trend zu vermehrten vorbeugenden Amputationen.»

Christian Singer, Leiter des Brustgesundheitszentrums am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) der Stadt Wien

Angelina-Jolie-Effekt

2 Jahre nach ihrer Brust-OP hat sich Jolie auch ihre ebenfalls angeblich durch das mutierte BRCA1-Gen krebsgefährdeten Eierstöcke entfernen lassen. Neben der Tatsache, dass dieser Eingriff die Sterilisation der Frau bedeutet, handelt es sich um einen äusserst folgenschweren Eingriff für den weiblichen Hormonhaushalt, der genau wie die Amputation der Brüste, eigentlich nur in Extremfällen zum Einsatz kommen sollte.

Jolie selbst wird für ihr Handeln als mutige Vorreiterin der Frauenbewegung gefeiert und für ihre Tapferkeit bewundert. Seit 2013 lässt sich das beobachten, was inzwischen in Fachkreisen allgemein als der «Angelina-Jolie-Effekt» Bekanntheit erlangt hat. Seitdem die Botschaft von der vorsorglichen Amputation, der sich die Schauspielerin unterzogen hat, durch die Boulevardpresse dieser Welt getragen wurde, strömen Frauen jeder Altersgruppe

➔



in Scharen in die Arztpraxen, um sich auf ihre genetische Brustkrebsveranlagung testen zu lassen.

Christian Singer, Leiter des Brustgesundheitszentrums am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) der Stadt Wien, bestätigte bereits im Jahr 2015: «Seit dem Outing von Angelina Jolie hat sich die Nachfrage nach genetischen Beratungen verfünffacht. Wir sehen auch ganz klar einen Trend zu vermehrten vorbeugenden Amputationen.» Früher sei eine Amputation beider Brüste im Wiener AKH einmal alle drei Monate durchgeführt worden, nach Jolies Amputation sei das eine Operation, die einmal wöchentlich stattfinde. [2]

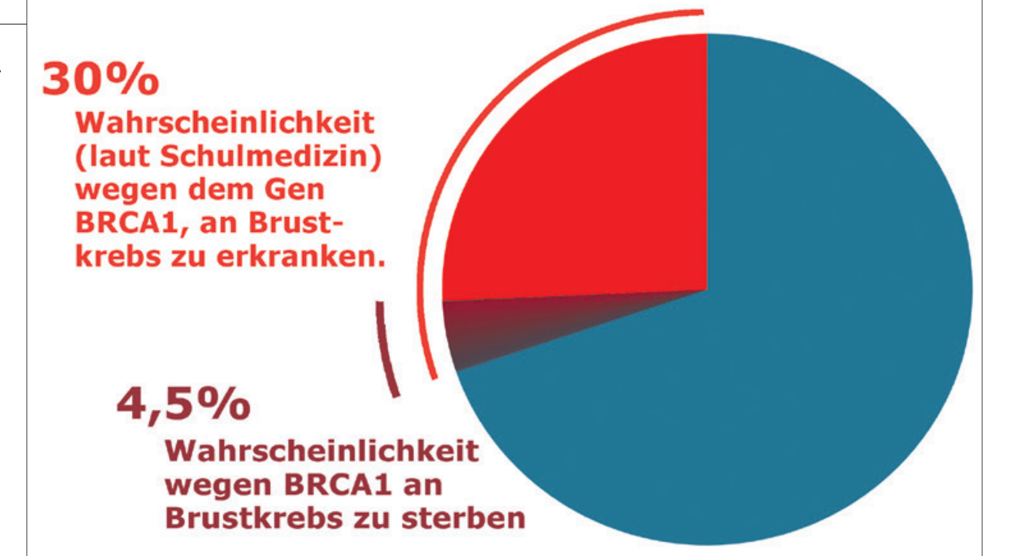
Dass dieser Effekt ganz im Sinne von Jolie ist, beweist sie mit einer Aussage, die in der New York Times veröffentlicht wurde. Sie sagte darin, sie hoffe, ihre Erfahrung würde in Zukunft auch anderen Frauen nützen. [3] Der Umstand, dass Doktor Singer vom AKH Wien auch von Menschen berichtete, die sich sogar ohne erhöhtes genetisches Risiko wünschen, eine Brustamputation vornehmen zu lassen, offenbart das ganze Ausmass des zugrundeliegenden Irrsinns, und auch welchen Einfluss Hollywood-Stars auf das Leben und Weltbild der Allgemeinheit haben.

Zum einen zeigt sich, wie gross und präsent die Angst vor Krebs inzwischen in der Gesellschaft geworden ist, und zum anderen erkennt man hier einmal mehr die vorherrschende Mentalität, lieber die Symptome anstatt die Ursachen zu bekämpfen. Anstatt den eigenen Lebensstil hin zu einem gesünderen zu wandeln, scheint es für viele naheliegender und besser, sich vorsorglich verstümmeln zu lassen. ***(as)***



Quellen:

1. Song Wu (et al.): Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development. Nature 529, 2015
2. Elke Ziegler: Mehr Brust-OPs durch Angelina Jolie-Effekt, Ö1 Wissenschaft 2015
3. Angelina Jolie: My Medical Choice, New York Times, 2013



Die Wahrscheinlichkeit für Angelina Jolie, an Brustkrebs zu erkranken, lag nach den allerhöchsten Schätzungen der Schulmedizin bei 30%. Die Überlebensrate bei Brustkrebs liegt bei 85%.

Die Chance für Angelina, an Brustkrebs zu sterben, lag demnach maximal bei 4,5%.

Rechtfertigt das die Entfernung von einem ganzen Organ, das extrem wichtig für den weiblichen Hormonhaushalt ist?

Studie: Krebs durch Computertomografie bei zehntausenden Patienten jährlich

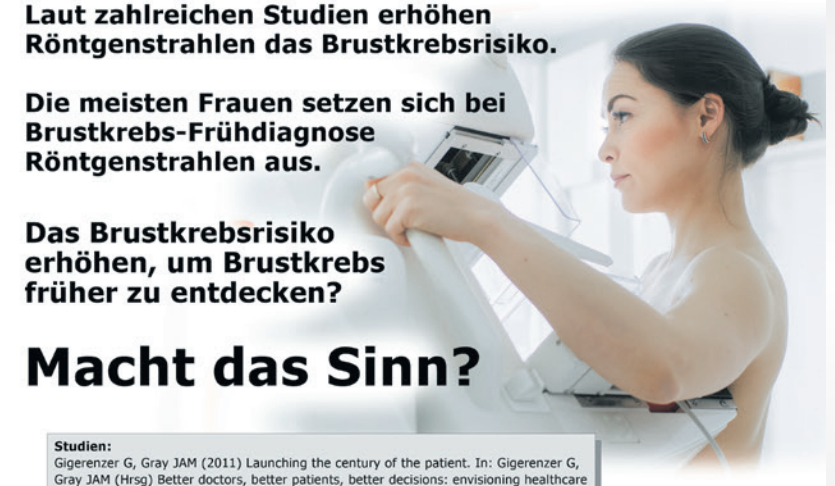


Foto: Gorodenkoff/Shutterstock

Die Computertomografie (CT) ist ein spezielles Röntgenverfahren, bei dem der Körper Schicht für Schicht durchleuchtet wird. Sie ist noch immer eine der wichtigsten Untersuchungsmethoden in der Krebsmedizin. Bei einer CT kommt es zu einer Vielzahl von aus verschiedenen Richtungen aufgenommenen Röntgenaufnahmen, weshalb die Strahlenbelastung etwa hundertmal höher ist als beim Röntgen. Und das hat schwere Folgen: Es ergeben sich laut einer Studie des Forschers Gerd Gigerenzer aus den mehr als 70 Millionen CT-Scans, die in den USA pro Jahr an Kindern und Erwachsenen durchgeführt werden, geschätzte 29.000 Krebserkrankungen. ***(tk)***

Quelle: Gigerenzer G, Gray JAM (2011) Launching the century of the patient. In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg) Better doctors, better patients, better decisions: envisioning healthcare 2020 Strüngmann forum report 6. MIT Press, Cambridge, S. 1–19



« […] auf Röntgenstrahlen und Computertomographie gehen jedes Jahr geschätzt rund 2000 Krebserkrankungen in Deutschland […] zurück.»

Aus einem Artikel von N-TV, Mai 2015

Quelle: n-tv.de, Medizin als Patientenrisiko, 26.05.2015

Studie: Jährlich 2000 Krebskranke in Deutschland durch Röntgenstrahlung

Eine Forschungsarbeit der Oxford Universität, veröffentlicht im Wissenschaftsmagazin Lancet, berechnete, dass durch regelmässig durchgeführte diagnostische Bestrahlungen mehr Krebserkrankungen auftreten. Für Deutschland schätzt die Studie jährlich mehr als 2000 zusätzliche Krebsfälle, die auf die Röntgenbestrahlung zurückzuführen sind. Das besagte Risiko durch die Strahlenbelastung sei dabei höher, je jünger die zu Untersuchende ist und erhöhe sich zunehmend, je häufiger die Untersuchung stattfinde. ***(as)***



Quelle: thelancet.com, Risk of cancer from diagnostic X-rays, 31.01.2004

«Überleben» in der Schulmedizin: Ein Trick?

Sehr oft sind es duktale Karzinome (Brustkrebs in einem sehr frühen Stadium im Milchgang), die bei Mammografien entdeckt werden. Selbst Schulmediziner schätzen, dass die Hälfte der duktalen Karzinome sich erst nach 10-20 Jahren zu invasivem Brustkrebs entwickeln.[1] Sogar ein Laie kann sich jetzt denken, warum die Überlebensstatistik bei einem derartigen, «früh erkannten» Brustkrebs so «gut» aussieht (wenn keine Vergleiche stattfinden): Da ein duktales Karzinom erst in 10-20 Jahren gefährlich wird, «überleben» sehr viele Frauen die Behandlung, denn «Überleben» bedeutet in der Schulmedizin «5 Jahre weiterleben». Mehr dazu später. ***(tk)***

Quelle:1. ncbi.nlm.nih.gov, Ductal carcinoma in situ of the breast, Melvin J. Silverstein, 1998

Unterschätzte Gefahren von Biopsien

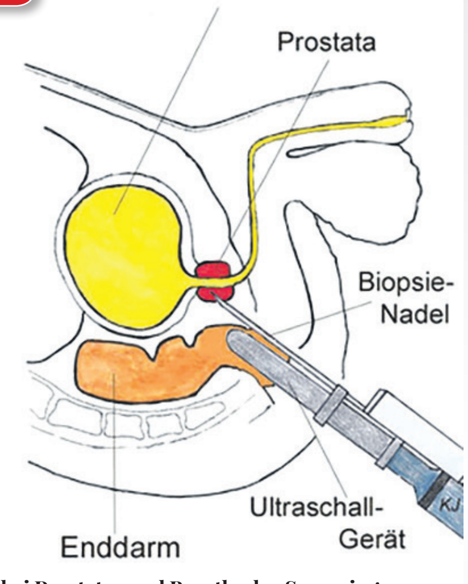
Bevor man eine Biopsie (Entnahme von Gewebe zur Untersuchung unter dem Mikroskop) machen lässt, sollte man sich folgendes vergegenwärtigen:

1. Bei jeder Biopsie gelangen Millionen von potenziellen Krebszellen in den Blutkreislauf und bei manchen Verfahren auch noch zusätzlich in anderes Gewebe, da Ärzte manchmal mit derselben Nadel gleich mehrmals zustechen. Da unterrichten Tausende von Professoren an unzähligen Universitäten auf der ganzen Welt die Theorie der Metastasierung (siehe S.32) und gleichzeitig sind es genau diese Ärzte, die durch Biopsien potenzielle Krebszellen im Körper verteilen.

2. Vor allem bei der Feinnadelpunktion (Entnahme des Gewebes durch eine Nadel) erhält der Pathologe (Beurteiler des Gewebes, ob es krebsartig ist oder nicht) wenig Zellmaterial und dieses wenige Zellmaterial ist auch noch zerrissen. Für den Pathologen bedeutet dies natürlich, dass dieses Material viel schwerer zu beurteilen ist.

3. Bei manchen Biopsien gelangen Bakterien an einen Ort, wo sie nicht hingehören – z.B. können bei der Prostatapunktion Hunderttausende von Kolibakterien in die Prostata gelangen.





Biopsien bei Prostata- und Brustkrebs-Screenings.

4. Fast alle Chirurgen glauben immer noch, dass jeder Pathologe in der Lage ist, in wenigen Sekunden/Minuten zu beurteilen, ob das Gewebe, das der Pathologe da unter dem Mikroskop sieht, Krebs ist oder nicht. Diese Diagnosen müssen aber oftmals schnellstens gemacht werden, während Patienten in Narkose auf dem OP-Tisch liegen. Die bereits aufgeflogenen Fehldiagnosen (siehe S.50) sprechen für sich.

5. Es gibt eingekapselte Tumore, die nicht sehr aggressiv sind und mit denen Patienten vielleicht bis zu ihrem natürlichen Tode leben könnten, ohne durch sie Probleme zu bekommen. Was man jedoch nicht weiss, ist, was es bedeutet, wenn man mit einer Nadel in diesen Tumor sticht und die Verkapselung zerstört. ***(tk)***

Quelle: Lothar Hirneise, Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe, Sensei Verlag, 2002, S.113 ff.



Diagnose-Skandal in Essen nur Spitze des Eisbergs?

Schlagzeilen von Spiegel, WAZ, Hamburger Morgenpost und TAZ über den «Kemnitz-Skandal»

Falsche Brustkrebs-Diagnosen bei 160 Frauen?
Professor (53) zündete sich an

POLITIK
Böse Erinnerungen an den Fall Kemnitz

Strafanzeige gegen pathologische Schlamperei
Dutzende von Frauen wurden wegen Brustkrebs operiert – wohl ohne Grund

MEDIZIN
„Katastrophe für die Frauen“

Wie bereits erwähnt (siehe S.29), kann die Aufdeckung eines einzelnen «Skandals» dazu führen, den Blick auf ein grösseres Bild – auf ein möglicherweise skandalöses System – zu vernebeln. Durch einen «Skandal» entsteht der Eindruck, dass das System funktioniert und Fehler korrigiert werden. Der alltäglichen, regulären Korruption wird so weniger Beachtung geschenkt.

Ein «Skandal» in der Krebsdiagnostik, der 1997 hohe Wellen schlug, war der Fall des Essener Pathologen Josef Kemnitz. «Schätzungsweise 300 Patientinnen wurden Mitte der neunziger Jahre an Essener Kliniken die Brüste amputiert, obwohl sie nicht unter Brustkrebs litten. Gynäkologen und Radiologen hatten bei den Opfern verdächtige Knoten entdeckt, Chirurgen hatten an den suspekten Stellen Gewebeproben entnommen und sie zur Untersuchung an Kemnitz geschickt. Der hatte reihenweise, fast stereotyp, bösartige Veränderungen diagnostiziert», so der Spiegel in einem Artikel.

Der Spiegel weiter: «Der Skandal flog 1997 auf. Kemnitz selbst kam in den Flammen seines Instituts um, wo er die Gewebeproben seiner Patientinnen zum Teil in Schuhkartons und Plastiksäcken aufbewahrt hatte. Das Feuer hatte er vermutlich selbst gelegt.» «Mögliches Motiv: Habgier. Krebsverdacht führt zu lukrativen Nachuntersuchungen», schrieb die Hamburger Morgenpost.

Hatte man mit dem in den Selbstmord geflüchteten Prof. Kemnitz nur einen Sündenbock gefunden? Der Spiegel hob hervor, dass auch Kemnitz´ Kollegen alles andere als unschuldig an den Fehldiagnosen waren:

«Doch gleichgültig ob Kemnitz heimtückisch handelte oder nur unfähig war, sicher ist, dass hinter dem Essener Brustkrebsskandal mehr stand als nur das Versagen eines Einzelnen. Schlampige Diagnosen, brachiale Operationsmethoden und mangelhafte Kommunikation unter den Medizinern machten es erst möglich, dass sich Kemnitz auf so grauenvolle Weise an seinen Opfern versündigen konnte.

So stellte sich bei über 70% der im Nachhinein untersuchten Fälle heraus, dass der Radiologen-Alarm unberechtigt gewesen war. Sie hatten auf den Röntgenbildern Tumornester entdeckt, die dort überhaupt nicht zu sehen waren. Bei den vermeintlichen Karzinomen handelte es sich wohl in den meisten Fällen um Staubpartikel auf den Aufnahmen. Die Chirurgen wiederum waren gegen die vermeintlichen Krebsgeschwülste extrem radikal zu Werk gegangen und hatten aus den Achselhöhlen der Frauen jeweils bis zu 50 Lymphknoten entfernt.»

War Kemnitz also nur ein katastrophal schlechter oder – je nach Interpretation – bösartiger Pathologe? Oder arbeitete er schlicht in einem System, in dem Fehldiagnosen Alltag sind? Erstaunlich ist nämlich, wie man Prof. Kemnitz eigentlich auf die Schliche kam. Es waren nicht die Chirurgen im Krankenhaus oder die behandelnden Onkologen, die den Skandal entdeckten, sondern ein Hausarzt, dem auffiel, dass so viele seiner Patientinnen auf einmal Brustkrebs hatten und alle von Prof. Kemnitz diagnostiziert worden waren. Hätte es diesen einen Hausarzt nicht gegeben, wer weiss, wie lange es gedauert hätte, bis Kemnitz´ Fehldiagnosen aufgeflogen wären. Man würde wohl einen grossen Fehler begehen, zu glauben, dass es keinen weiteren Prof. Kemnitz in Deutschland gibt. ***(tk)***



Der Kemnitz-Skandal zeigt:

Nur ein einziges inkompetentes Früherkennungs-Team kann das Leben von hunderten Frauen grundlos zerstören.

Wenn man sich schon in die Hände der Schulmedizin begibt, sollte man sich zumindest eine zweite oder dritte Meinung einholen!



Quellen:
spiegel.de, «Katastrophe für die Frauen», 08.04.2002
mopo.de, Falsche Brustkrebs-Diagnosen bei 160 Frauen? Professor (53) zündete sich an, 03.06.1997

Beispiel 2: Prostatakrebs



Foto: shutterstock/ Jarun Ontakrai

Der PSA-Test ist eine oft genutzte Methode zur Früherkennung von Prostatakrebs. Dieser weist einen in der Prostata gebildeten Stoff, genannt «Prostataspezifisches Antigen» (PSA), im Blut nach. Der PSA-Wert im Blut erhöht sich laut Schulmedizin bei einem bösartigen (malignen = bösartigen) Prostatakarzinom (Karzinom = krebsartige Krankheit). Doch er steigt auch bei einer gutartigen (benignen) Gewebeveränderung an.

Es gibt zudem auch andere Faktoren: Er kann sich durch Radfahren, Einnahme von Ibuprofen, ja selbst durch das Abtasten der Prostata bei der manuellen Prostatakrebs-Früherkennung erhöhen. Falsch positive Ergebnisse bringen, wie bereits erläutert, die Gefahr einer unnötigen Behandlung mit sich. Der PSA-Wert kann auch niedrig sein, obwohl ein Prostatakrebs vorhanden ist. Das macht den Test nochmals gefährlicher. Denn falsch negative Ergebnisse können dazu führen, dass sich die Betroffenen in Sicherheit wiegen und Warnsignale des Körpers wie Schmerzen in der Prostata, Blut im Urin, Probleme beim Wasserlassen und/oder Stuhlgang nicht ernst nehmen.

Der Grenzwert: willkürlich gesetzt

Die Fachgesellschaften, die für alle erdenklichen medizinischen Fragestellungen Grenzwerte und Behandlungsrichtlinien erarbeiten, haben sich darauf geeinigt, ab einem Wert von 4 Nanogramm (Milliardstel Gramm) PSA pro Milliliter Blut eine Nadelbiopsie zu empfehlen. Das ist völlig willkürlich. Bei «mittelalten» Männern mit diesem Wert hat man etwa eine 30-prozentige «Chance», bei einer Nadelbiopsie tatsächlich ein Prostatakarzinom nachzuweisen. In der Gruppe mit einem PSA-Wert zwischen 2 und 3 sind es nicht viel weniger: etwa 23 Prozent Krebsträger. Und auch in der Gruppe mit einem PSA-Wert kleiner als 1 sind noch etwa 9 Prozent der Männer «erkrankt». [1]

Sollten Sie sich nach dem positiven PSA-Test für eine Biopsie entscheiden, bekommen Sie ein etwa daumendickes Ultraschallgerät in den Enddarm geschoben. So kann der Urologe unter Sichtkontrolle seine zwölf Stanz-Nadelstiche gleichmässig über das kleine Organ verteilen. Die Hohlnadeln stechen zylinderförmige Gewebeproben aus der Prostata, die dann in der Histologie, im Gewebelabor, unter dem Mikroskop beurteilt werden. Das heisst: Die Prostata wird dabei nicht unerheblich verletzt. Zur Einteilung in verschiedene Risikoklassen hat sich international der sogenannte «Gleason Score» durchgesetzt. Er reicht von 1 bis 5, wobei sich beim Wert 1 unter dem Mikroskop eine harmonisch geordnete, gleichmässig geformte Armee aus rechtschaffenen Drüsenzellen präsentiert, wogegen bei 5 offensichtlich die Anarchie ausgebrochen ist und eine unregelmässige Architektur des Gewebes, atypisch grosse Zellkerne und funktionslose Sekrete das Bild dominieren.

Niederschmetternde Bilanz

Aber trotz mehrerer langjährigen Studien ist es bisher nicht gelungen, nachzuweisen, dass die Männer, die einen PSA-Test durchführen lassen, bezüglich ihrer Überlebenswahrscheinlichkeit profitieren. [2] Nur eine Studie von vielen (siehe S.56) hat bisher eine Senkung der Mortalitätsrate zeigen können, wobei man nicht oft genug wiederholen kann, dass man Studien der Schulmedizin allgemein mit Vorsicht geniessen sollte (siehe S.15 ff.).

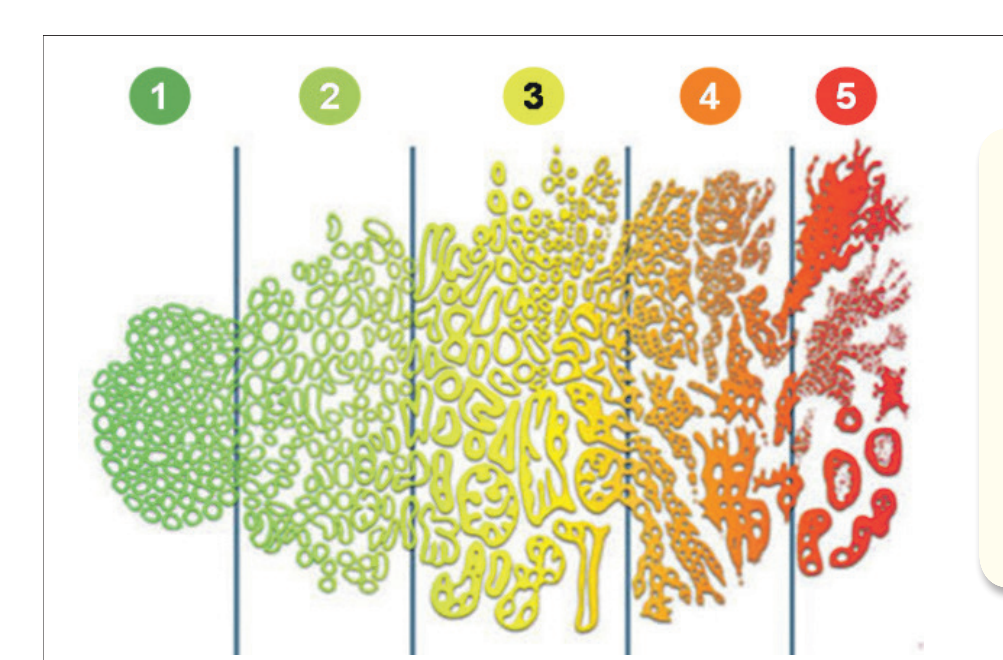
Ganz im Gegensatz zu der nur sehr vagen Chance, einen Nutzen von diesem Test zu haben, ist bestens dokumentiert, dass das Risiko, schweren Schaden durch die Untersuchung und die nachfolgenden Behandlungen zu erleiden, extrem hoch ist. Die zehn bis zwölf Nadelstiche zur Probenentnahme sorgen dafür, dass die so malträtierte Prostata sich häufig entzündet und anschwillt, so dass bei vielen Biopsierten das Wasserlassen nach der Gewebeentnahme schwerfällt oder gar vorübergehend unmöglich ist. Ein solcher «Harnverhalt» kann extrem quälend bis unerträglich und sogar gefährlich sein, je nachdem, wie schnell Hilfe eintritt und die Blase per Katheter geleert werden kann – ebenfalls keine angenehme und ganz risikolose Prozedur. Dabei wird durch die Harnröhre in die Blase ein Katheter vorgeschoben, um den Urin ablaufen zu lassen.

Inkontinenz und Impotenz

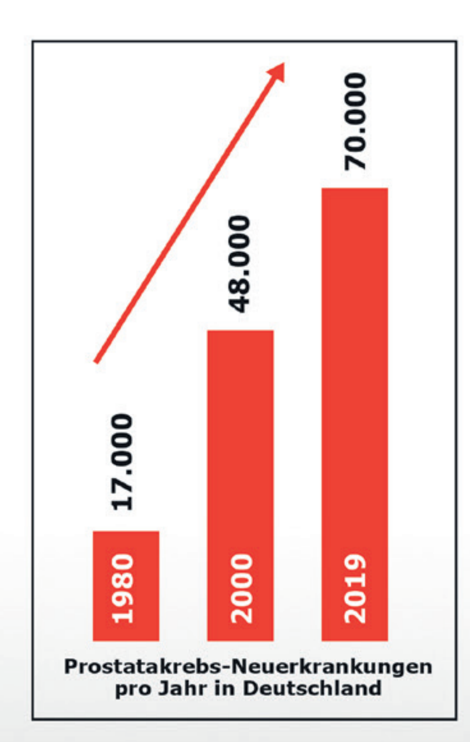
Diese Probleme nach der Stanzbiopsie der Prostata bilden sich meist in wenigen Tagen zurück. Das gilt jedoch nur sehr bedingt für die Beschädigungen, die durch die operative Entfernung der Prostata verursacht werden. Denn in vielen Fällen werden durch den chirurgischen Eingriff Nerven beschädigt oder zerstört, die intime Funktionen steuern. So etwa die Funktion des Schliessmuskels, der ringförmig den Harnleiter umschliesst. Er befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft zur Prostata. Wenn sich dieser Muskel aufgrund beschädigter Nerven nicht mehr zusammenziehen kann, läuft der Harn ständig ungebremst aus der Blase in die Harnröhre und von dort...je nachdem, ob Sie Beutel oder Windel bevorzugen. «Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Urologie ist direkt nach der OP jeder zweite Patient von einer Harninkontinenz betroffen.» [3]

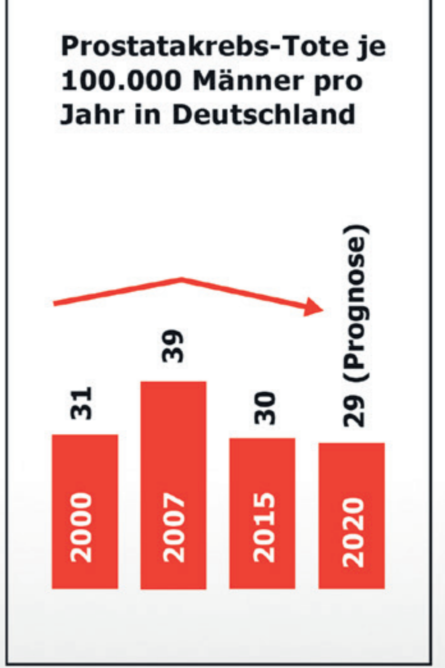
Auch Nerven, die für die Erektionsfähigkeit des Gliedes verantwortlich sind, werden bei





Das bei der Prostata-Biopsie entnommene Gewebe wird nach dem sogenannten «Gleason Score» bewertet. Er reicht von 1 bis 5, wobei sich beim Wert 1 unter dem Mikroskop eine harmonisch geordnete, gleichmässig geformte Armee aus rechtschaffenen Drüsenzellen präsentiert, wogegen bei 5 offensichtlich die Anarchie ausgebrochen ist und eine unregelmässige Architektur des Gewebes, atypisch grosse Zellkerne und funktionslose Sekrete das Bild dominieren.





Die Todeszahlen bei Prostatakrebs stagnieren mehr oder weniger, während die Erkrankungen sich seit 1980 fast vervierfacht haben.

Könnten die hohen Fallzahlen auf das Konto der gestiegenen Früherkennungsmassnahmen zurückzuführen sein?

Wird einfach mehr Krebs diagnostiziert und daraufhin sinnlos behandelt?

Schliesslich ändert sich ja nicht viel an den Todeszahlen.

Ist die Krebsepidemie in Wahrheit eine Diagnose-Epidemie?

Quelle: gbe-bund.de, Ergebnisse zur Prävalenz, 3.13, Prostata

➔ Prostataoperationen häufig verletzt. Impotenz ist dann die Folge. 20 bis 80 von 100 Männern sind nach der Prostata-Operation nicht mehr fähig, eine Erektion zu bekommen. Das Ergebnis hängt sehr vom Zustand vor der Operation ab.

Als Alternative zum chirurgischen Eingriff ist auch die Bestrahlung der Prostata möglich. Harninkontinenz und erektile Dysfunktion werden dabei seltener verursacht beziehungsweise treten erst nach längerer Zeit auf. Dafür kommt es häufiger zu einer anderen fatalen Nebenwirkung: Stuhlinkontinenz. Denn wie die Stanzbiopsie wird auch diese Bestrahlung durch den Enddarm hindurch vorgenommen. Schliesslich kommt man über diesen eleganten Zugang in die direkte Nähe zur Prostata. Bedauerlicherweise ist das Risiko, hier eine Entzündung der Darmwand zu verursachen, die wiederum zu einer Schädigung des Schliessmuskels führen kann, erheblich. Nach einer AOK-Studie bleiben acht Prozent der Behandelten stuhlinkontinent. 28 Prozent haben vorübergehende Probleme damit. (4) Eine furchtbare Erfahrung und ein schlimmes Schicksal.

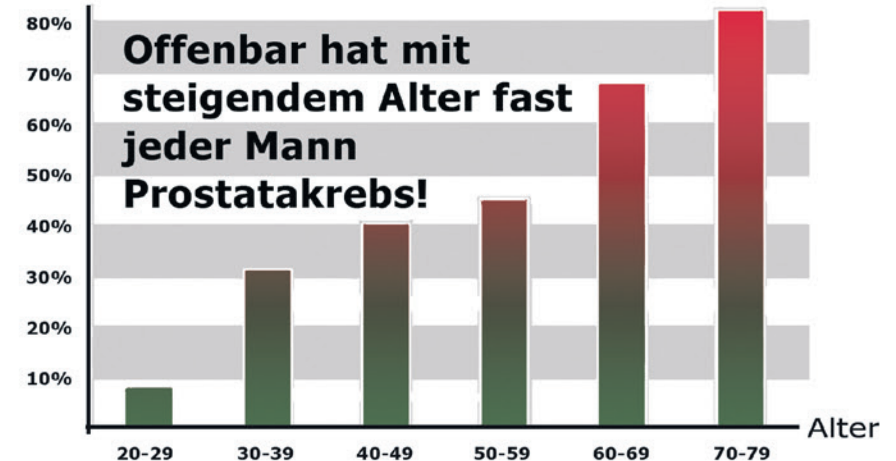
Daten zum PSA-Test

Schauen wir uns zunächst die allgemeinen Zahlen an, damit wir besser verstehen, womit wir es hier zu tun haben. Prostatakrebs ist mit 12.000 Toten nach Lungen- und Darmkrebs die dritthäufigste Krebs-Todesursache für Männer in Deutschland. Im Durchschnitt sind die Männer 70 Jahre alt, wenn der Krebs bei ihnen diagnostiziert wird. Und im Durchschnitt sind sie 80, wenn sie daran sterben. Und das ist interessant, denn das liegt etwa 1,5 Jahre über der durchschnittlichen Lebenserwartung

bei Männern in Deutschland. Bei Männern unter 40 ist dieser Krebs praktisch unbekannt. Da Prostatakrebs zumeist langsam wächst, sterben die weitaus meisten der betagten Betroffenen allerdings nicht an diesem Krebs, sondern an etwas anderem. So steht der Prostatakrebs bei Männern im Alter zwischen 55 und 60 Jahren bei der Häufigkeit der Todesursachen erst an 22. Stelle. [5]

Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie sinnvoll die Suche nach Prostatakrebs ist, lohnt es sich, zwei Zahlen näher zu betrachten: die Häufigkeit, mit der dieser Krebs in der männlichen Bevölkerung auftritt und das Risiko, an diesem Krebs zu sterben. Schliesslich wird aus der Differenz zwischen diesen beiden Werten erkennbar, wie gefährlich dieser Krebs ist. Und damit auch, ob ein vorsorgliches Suchen nach diesem Krebs per Früherkennung überhaupt Sinn macht. Die erste Frage, das Todesrisiko, ist leicht zu beantworten: In Deutschland sterben knapp 3 Prozent der Männer an Prostatakrebs. Absolut, wie schon gesagt, sind es 12.000 pro Jahr. Die zweite Frage, die nach der Verbreitung, ist schon viel schwerer zu beantworten. Gab es 1980 noch etwa 17.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland, so waren es im Jahr 2000 schon 48.000. Und heute sind es etwa 70.000 Männer, bei denen jedes Jahr dieser Tumor neu entdeckt wird. Was ist passiert? Eines ist klar: Die Lebenserwartung ist in diesen Jahren deutlich gestiegen. So konnte ein 60-Jähriger im Jahr 1980 statistisch noch 16,5 Jahre länger leben, im Jahr 2010 sind es bereits 21,2 Jahre. Aber kann eine um fast fünf Jahre gestiegene Lebenserwartung die Anzahl der Neuerkrankungen tatsächlich um den Faktor vier nach oben treiben? Fachleute sagen, der demografische Faktor allein könne so viel nicht ausmachen. Ein grosser Teil der angestiegenen Prostatakrebsrate geht allem Anschein nach auf das Konto der Früherkennung. Je mehr wir nach diesem Krebs suchen, desto mehr finden wir ihn. Das Interessante ist: Die Sterblichkeit an Prostatakrebs wird dadurch offenbar nicht beeinflusst. Ein Beleg dafür findet sich im Vergleich von Ländern mit exzessiver Screening-Kultur – wie etwa den USA – mit Ländern, die einen eher skeptischen Umgang mit der Früherkennung pflegen. So wies der amerikanische Krebsforscher Robert Weinberg vom Whitehead-Institut für biomedizinische Forschung in Cambridge bei Boston darauf hin, dass in den Vereinigten Staaten sechsmal häufiger Prostatakrebs diagnostiziert wird als in Dänemark. Die Sterblichkeit ist in beiden Ländern jedoch gleich hoch. [6]

Prostatakrebs
festgestellt bei Männern nach Unfalltod



Diese Männer wurden post-mortem untersucht, hatten diagnostizierbaren Prostatakrebs, wussten höchstwahrscheinlich nichts davon und hatten nie die Not, ihn behandeln zu lassen.

Die Wahrscheinlichkeit, als Mann an Prostatakrebs zu «erkranken», ist erstaunlich hoch. Doch wie schlimm und behandlungswürdig ist dieser «Krebs» wirklich, wenn ihn so viele haben und doch nichts davon merken?

Quelle: W. A. Sakr, et al.: «Age and Racial Distribution of Prostatic Intraepithelial Neoplasia», European Urology 30, 1996, S. 138–44

Im fortgeschrittenen Alter «normal»

Die vielleicht aussagekräftigste Studie zur Verbreitung von Prostatakrebs wurde schon 1996 im Fachjournal «European Urology» veröffentlicht. Wissenschaftler untersuchten die Prostatadrüsen von 525 Männern, die bei Autounfällen ums Leben gekommen waren. Die Männer hatten in ihren Krankenakten keinerlei Hinweise auf Probleme mit der Prostata. Die Vorsteherdrüsen dieser Männer wurden auch nicht per Nadelbiopsie (die mit zwölf Stichen gerade etwa 1 Prozent des Drüsengewebes erreicht) untersucht, sondern mit – je nach Grösse – zehn bis 14 kompletten Schnitten des Organs. Hier wurde also die Prostata jeweils scheibchenweise unter dem Mikroskop überprüft. Das Ergebnis war gelinde gesagt erstaunlich: Prostatakrebs ist eine Volkskrankheit. [7] Er ist viel verbreiteter, als bis dahin angenommen wurde. Schon Männer zwischen 20 und 29 Jahren hatten zu fast 10 Prozent Prostatakrebs. In der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahre waren es 45 Prozent. Und in der Altersgruppe von 70 bis 80 Jahren waren über 80 Prozent der Männer «erkrankt». Wohlgemerkt asymptomatisch, also ohne klinische Symptome.

Erstaunlich, oder? Die Suche nach Prostatakrebs scheint ziemlich irrational. Wenn laut dieser Untersuchung mehr als jeder zweite Mann aus dem für die Früherkennung angepeilten Lebenszeitraum (ab





45 Jahre) die «Krankheit» unbemerkt in sich trägt, aber nur 3% aller Männer daran sterben, dann heisst das, dass nur etwa jeder 16. positiv diagnostizierte Patient mit seiner «Krankheit» überhaupt ein Problem bekommt. Das bedeutet aber auch, dass statistisch gesehen 15 von 16 «Patienten», die man mit einer Früherkennungsmassnahme wie dem PSA-Test ermitteln könnte, anschliessend sinnlos gegen diesen Krebs behandelt würden. Wohlwollend gerechnet. Denn die überwiegende Zahl der Studien konnte – wie bereits erwähnt – bisher überhaupt keinen Überlebensvorteil durch die Therapie belegen. Wenn aber kein Überlebensvorteil durch die gefährliche Therapie erreicht wird, sind eigentlich alle Früherkennungsmassnahmen, die zu diesen Therapien führen, überflüssig, oder? Angesichts dieser erschütternden Nutzen-Schadens-Bilanz fragt man sich: Was kann es für Gründe geben, dass in so vielen westlichen Ländern die Prostatakrebs-Früherkennung mit dem PSA-Test immer noch durchgeführt wird?

Fallstricke der Statistik

Schieben wir die eklatanten ökonomischen Aspekte zunächst zur Seite. Denken wir das Beste von den Urologen und nehmen wir an, dass sie Opfer ihrer Unkenntnis werden. Einer der Gründe für den Glauben an die Segnungen des PSA-Tests ist sicher eine Fehlinterpretation der statistischen Daten, die in der Anfangszeit des PSA-Tests zu euphorischen Aussagen über diese Form der Prostatakrebs-Früherkennung geführt hatte. Weil diese Fehlinterpretation das Tun der Urologen verherrlicht, hat sie sich in den Köpfen vieler Vertreter dieser Fachdisziplin hartnäckig verankert. Es handelt sich um einen methodischen Fehler, der von Fachleuten als «lead time bias» bezeichnet wird – grob übersetzt «Verzerrung durch den frühen Zeitpunkt».

Was ist damit gemeint? Betrachten wir zwei Gruppen von Männern, die Prostatakrebs haben. In beiden Gruppen sterben die Männer mit 72 Jahren an diesem Krebs. Die Angehörigen der einen Gruppe gehen folgsam zur Früherkennung. Und man entdeckt den Krebs bei ihnen in ihrem 65. Lebensjahr. Man behandelt sie, aber sie sterben – wie gesagt – mit 72 an einem aggressiven Spätstadium des Tumors. Dennoch werden sie in eine wichtige Statistik der Krebsbekämpfung als Gewinner eingehen: in die Statistik der Fünf-Jahres-Überlebensrate. Denn 100% dieser Männer haben die Diagnose länger als fünf Jahre überlebt. «Was sonst als die Behandlung sollte dafür verantwortlich sein?», denken die Mediziner, die mit dem Früherkennungstest und den chirurgischen Eingriffen ihr Geld verdienen. «Eine schöne Bestätigung für das Konzept der Früherkennung.» Und wie sieht es in der Gruppe der «Früherkennungsmuffel» aus? Bei ihnen entdeckt man den Krebs erst später, wenn er symptomatisch wird. Etwa wegen der Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Weil die Prostata sich vergrössert hat und auf den Harnleiter drückt. Sagen wir, der Tumor wird bei dieser Gruppe im Alter von 69 Jahren entdeckt. Auch diese Gruppe wird dann behandelt, doch diese Männer sterben ebenfalls mit 72. Ihr Beitrag zur Erfolgsstatistik der Fünf-Jahres-Überlebensrate? Null Prozent. «Na klar: Die waren ja auch nicht bei der Früherkennung», erzählen sich die Urologen gerne gegenseitig und auch ihren Patienten. «Krebs zu spät erkannt. Da sieht man es wieder. Dann lässt sich halt nix mehr machen.» Dieser naive Blick auf die Daten macht die Früherkennung scheinbar zu einer Erfolgsgeschichte. Tatsächlich hat aber kein Mann in der Früherkennungsgruppe länger gelebt. Ja mehr noch: Diese Gruppe wusste nur länger von ihrer Krankheit und musste sich länger mit den negativen Folgen der Chirurgie oder der Bestrahlung herumquälen. Und mit der Angst.

Scheinerfolge stärken das Früherkennungssystem

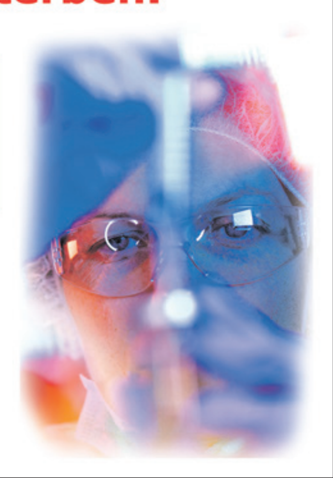
Eine weitere Gegebenheit im Krankheitsverlauf verzerrt die Wahrnehmung des Erfolges von Früherkennung und onkologischer Behandlung. Sie täuscht den Beteiligten eine Erfolgsrate vor, die es eigentlich nicht gibt: Menschen, bei denen die Früherkennung Gewebeveränderungen entdeckt, die ihnen aber zu Lebzeiten nie Probleme bereitet hätten. Wir haben gesehen, dass Prostatakrebs bei Männern fortgeschrittenen Alters mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 Prozent auftritt. 3 Prozent aller Männer sterben daran – nur einer von 16 «Betroffenen». Wenn Ihr Urologe aber

In der Schulmedizin kann «Überleben» bedeuten:

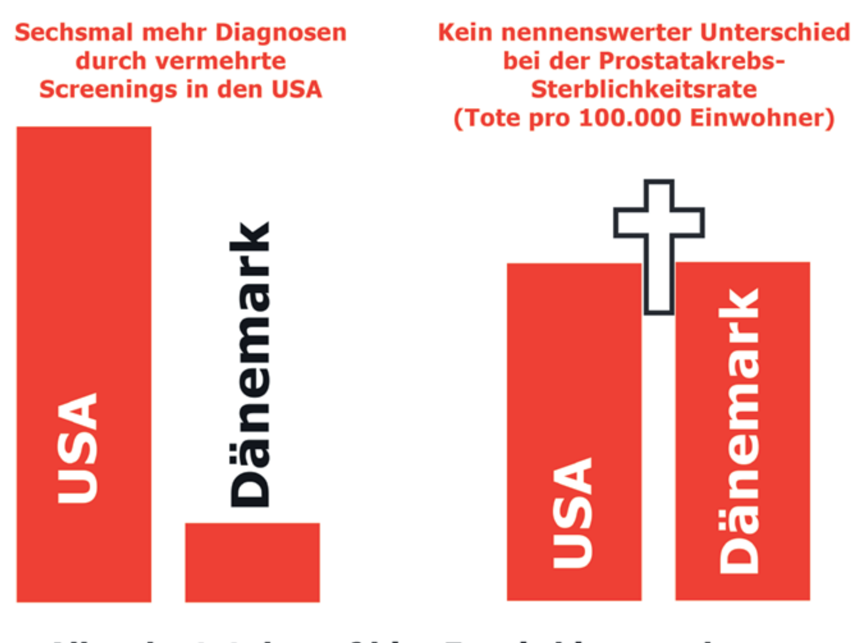
An den Spätfolgen einer unnötigen Behandlung, ohne die man eigentlich 50 Jahre gesund weitergelebt hätte, nach 5 ½ Jahren sterben!

«Überleben» in der Schulmedizin: Nach der Diagnose 5 Jahre weiterleben

Das gibt Forschern eine Menge Spielraum für Manipulationen!



Normalerweise wird in der Onkologie die «Fünf-Jahres-Überlebensrate» untersucht. Wer, nachdem die Krankheit erkannt wurde, über fünf Jahre weiterlebt, wird in Studien als geheilt registriert. Allerdings ist dieser Wert irreführend und sagt über die wirkliche Gesundheit oder Heilung des Patienten nichts aus!



mit dem PSA-Test diesen Krebs bei Ihnen diagnostiziert und Sie nach einer Operation noch viele Jahre leben, wird er Ihnen sagen: «Wie gut, dass wir damals nachgeschaut haben. Und einen guten Chirurgen hatten Sie auch. Früherkennung ist doch super, nicht wahr?»

Genau: Nicht wahr! Die weitaus überwiegende Zahl der Träger dieser Gewebeveränderung hat niemals Probleme damit. Dennoch heften es sich Urologen als ihren Erfolg ans Revers, wenn diese von ihnen behandelten Männer binnen fünf Jahren (oder weitaus länger) nicht an Prostatakrebs sterben. Fünf Jahre voller Arztbesuche, Eingriffe, Operationen, Nebenwirkungen und Schmerzen.

Dr. Ray Moynihan hat im Mai 2012 eine aufsehenerregende Studie im British Medical Journal veröffentlicht. Der Titel lautete «Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy» [8] («Überdiagnosen verhindern: Wie man die Schädigung von Gesunden stoppt»). Eine Zusammenstellung von Grafiken zu Früherkennung und Mortalität bringt das Ergebnis der Studie auf den Punkt. Bei Schilddrüsenkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Haut- und Nierenkrebs: überall das gleiche Bild. Überall geht die Anzahl der diagnostizierten Krebsfälle mit der Einführung der Screenings dramatisch nach oben. Doch bei all diesen Krebsarten hat das praktisch keine Auswirkung auf die Mortalität. Die Zahl der Patienten steigt sprunghaft, die Zahl der Opfer bleibt gleich. Früherkennung bringt bei diesen Krebsarten ganz offensichtlich nur wenig oder gar keine Vorteile, aber einen immensen Schaden durch unnötige Behandlungen. Die gängige Praxis, Träger von Gewebeveränderungen als Todgeweihte zu begreifen, die nur per Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie gerettet werden können, spielt der Erfolgswahrnehmung in puncto Früherkennung bei Urologen, Radiologen und Onkologen in die Karten. Die Mediziner feiern sich als Retter von Kranken, die diese Rettung in den weitaus meisten Fällen gar nicht gebraucht hätten. So kommt es zu einer massiven positiven Überschätzung der eigenen Rolle.

> «In Amerika wird Prostatakrebs sechs Mal häufiger diagnostiziert als in Dänemark. Wie sieht es nun mit der Sterblichkeit in Amerika und Dänemark aus? Sie liegt genau gleich hoch. Mit anderen Worten: Wer suchet, der findet. Dabei sind das meiste, was wir finden, Krebserkrankungen, die ohnehin nicht tödlich verlaufen wären.»
>
> *Dr. Robert Weinberg, Krebsforscher am Whitehead Institut in Cambridge bei Boston*
> *Quelle: deutschlandfunk.de, Erfolge und Scheinerfolge im Kampf gegen Krebs, 04.01.2006*

Millionen zu Unrecht Behandelte

Überdiagnosen gehören zwingend zur Logik der Früherkennung. Eine Vorstellung von den globalen Ausmassen der PSA-Katastrophe gibt die «U.S. Preventive Services Task Force», die amerikanische Arbeitsgruppe zur Bewertung von Früherkennung. Sie wurde in den USA nach Bekanntwerden der die PSA-Tests infrage stellenden Studienergebnisse als Kommission eingesetzt, um eine unabhängige Empfehlung zum Umgang mit dem PSA-Test zu erarbeiten. In den USA wurde dieser Test seit 1986 von den Krankenkassen bezahlt und wie das Mammografie-Screening in Deutschland (siehe S.43) als staatlich empfohlener Massentest durchgeführt. Schon im Jahr 2009 wollte die Task Force vom PSA-Screening abraten. Daraufhin gab es allerdings «politischen» Druck. Vor allem von der vermeintlichen Patienten-Organisation «ZERO – The Project to End Prostate Cancer». ZERO trat als Anwalt der Patienten auf und erklärte in einem dramatischen Appell: «Die Entscheidung der Regierung gegen den PSA-Test verdammt Zehntausende Männer zum Tod.» [9] ZERO ist ein schönes Beispiel für eine «Selbsthilfeorganisation», die angeblich die Interessen der Patienten vertritt. Wer aber hinter die Kulissen schaut und sieht, wer die Organisation finanziert, erkennt, dass hier das Gegenteil der Fall ist: Es geht um die Interessen der Industrie. Zu den Sponsoren von ZERO gehören nämlich







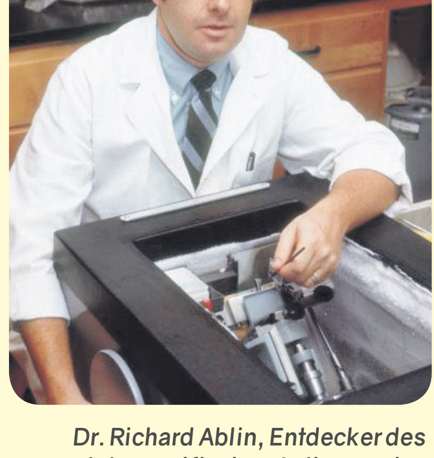
Die vermeintliche Patienten-Organisation «ZERO – The Project to End Prostate Cancer» entpuppt sich als Lobbygruppe der Pharma- und Medizinbranche.

➔ nicht nur die Pharmafirmen Abbott, AstraZeneca, Pfizer und Sanofi, die zum Beispiel mit teuren Hormonpräparaten bei «Prostata-Patienten» ordentlich Kasse machen. Finanziert wird ZERO auch durch den Operationsausrüster Cyberknife und nicht zuletzt durch die «American Urological Association» (US-Berufsverband von Urologen), die passenderweise mit dem Akronym AUA auftritt. Ein ganzer Industriezweig, der sich nach vielen Patienten sehnt und von der Früherkennung einen spektakulären Schub bekam: Die Task Force schätzte, dass in den USA in den Jahren zwischen 1986 und 2005 eine Million Amerikaner unnötig an der Prostata operiert wurden. Mindestens 5000 starben direkt nach der Operation. Und die Kosten für Tests, Operationen, Bestrahlungen und Medikamente lagen im zweistelligen Milliarden-Dollar-Bereich. [10] Früherkennung ist ein Wahnsinnsgeschäft!

Die Ergebnisse der einzigen grossen Studie, bei der sich überhaupt ein kleiner Überlebensvorteil durch den PSA-Test ergab, sollen an dieser Stelle vorgestellt werden. Dabei handelt es sich um die ERSPC-Studie: die «European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer». [11] In ihr wurden seit den frühen 90er-Jahren 182.000 Männer im Alter zwischen 50 und 74 Jahren beobachtet. Der Test hatte eine Kontrollgruppe. Das ist wichtig! Der einen Hälfte der Männer bot man einen regelmässigen PSA-Test an, die andere Hälfte, die Kontrollgruppe, bekam keinen PSA-Test. Wie nicht anders zu erwarten, wurden in der PSA-Gruppe mehr Gewebeveränderungen entdeckt als in der Kontrollgruppe. Wer suchet, der findet. Im Detail liest sich das Ergebnis dieser positivsten Studie zum PSA-Test so: In dieser Studie mussten sich 1410 Männer annähernd zehn Jahre regelmässig dem PSA-Test unterziehen, um gegenüber der Gruppe der «Früherkennungsmuffel» einen Todesfall zu verhindern. Dabei wurden zwar in der Screening-Gruppe 48 Prostatakrebs-Fälle mehr entdeckt. Aber die Tatsache, dass dennoch nur ein Leben mehr gerettet worden ist, zeigt: 47 von diesen 48 Männern wurden unnötig behandelt. Es waren Tumore, die den Betroffenen offenbar im Leben keine Probleme bereitet hätten. Es sind diese Betroffenen, die in der Statistik der Krebs-Diagnose-Erfolge den sogenannten «lead time bias» (die Verzerrung durch den frühen Diagnose-Zeitpunkt) ausmachen. Sie leben nicht länger, sie werden nur früher diagnostiziert. ***(tk)***



«Ich hätte mir nie träumen lassen, dass meine Entdeckung vor 40 Jahren in eine derartige profitgetriebene Katastrophe für das Gesundheitswesen führen würde. Die Medizin sollte den unangemessenen Einsatz von PSA-Tests stoppen. Das würde Milliarden Dollar sparen und Millionen Männer vor unnötigen und beeinträchtigenden Behandlungen bewahren.»



Dr. Richard Ablin, Entdecker des prostataspezifischen Antigens, das beim PSA-Test im Blut gemessen wird

Quelle: fr.de, Diagnose Männerangst, 28.10.2011

Quellen:

Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018
1. M. Thompson et al.: «Prevalence of Prostate Cancer among Men with a PSA-Level <=4 ng per Milliliter», The New England Journal of Medicine, 2004
2. S3-Leitlinie der deutschen Urologischen Gesellschaft, S. 22
3. ndr.de, Inkontinenz nach Prostata-OP: Was hilft?, 20.03.2017
4. urologenportal.de, Früherkennung von Prostatakrebs Information für Männer, 2012
5. igel-monitor.de, Hersteller
6. deutschlandfunk.de, Erfolge und Scheinerfolge im Kampf gegen Krebs, 04.01.2006
7. W. A. Sakr, et al.: «Age and Racial Distribution of Prostatic Intraepithelial Neoplasia», European Urology 30, 1996, S. 138-44
8. bmj.com, Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy, 29.05.2012
9. T. A. Stamey, M. Caldwell, J. E. McNeal, R. Nolley, M. Hemenez, J. Downs: «The prostate specific antigen era in the United States is over for prostate cancer: what happened in the last 20 years?» J. Urol 2004; 172 (4Pt1): S. 1297-1301
10. R. Chou, J. M. Croswell, T. Dana et al.: «Screening for Prostate Cancer: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force», Ann Intern Med. 2011 Dec 6;155(11): S. 762-71
11. H. Schröder et al. (2009): «Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study», The New England Journal of Medicine. 2009; 360: S.1320-1328

Frankfurter Rundschau: Hackethal hatte Recht! Extreme Übertherapie bei Prostatakrebs & Co.!



FrankfurterRundschau

«Vor 15 Jahren ist der Chirurg Julius Hackethal gestorben. Einer, der seinen Kollegen wegen unsinniger Operationen immer wieder kräftig auf die Füsse trat. Von ihm stammt der treffend schöne Begriff ‹Haustierkrebs›. Dazu gehören häufig der Brustkrebs bei der Frau und der Prostatakrebs beim Mann. Die am Dienstag vorgelegte Studie der Barmer zeigt nur die Spitze des medizinischen Skandals. Unzählige Männer werden in Deutschland wegen eines angeblich lebensrettenden Eingriffs chirurgisch verstümmelt. Impotenz, kein sexuelles Interesse, Harninkontinenz. Das sind furchtbare Geständnisse, denn mit der erotischen Lebensqualität dieser Männer und ihrer Partnerinnen oder Partner ist es dahin. Die Trennungen und leider auch Selbstmorde, die nach solchen Eingriffen stattfinden, werden erst gar nicht erfasst.

Nun könnten die Betroffenen sicher damit besser leben, wenn sie wüssten, dass der Eingriff tatsächlich ihr Leben gerettet hat. Das glaubt auch jeder zweite der Befragten. Aber auch hier ist die Wahrheit mehr als bitter. Was oft so harmlos mit einem PSA-Test anfängt – er ist nicht geeignet, einen Prostatakrebs aufzuspüren, deshalb zahlen die Kassen auch nicht dafür – geht mit einer Biopsie weiter, bei der Gewebeproben entnommen werden. Hört sich harmlos an, aber schon dabei kann es zu gravierenden Komplikationen durch Eintrag von Darmbakterien in den Körper und verletzte Nerven kommen. Weiter geht es mit erheblichen Fehlerraten bei der Beurteilung, ob sich ein Gewebe tatsächlich zum Krebs entwickelt hat.

In Deutschland gibt es eine extreme Übertherapie, wie der Vergleich mit anderen Industrieländern zeigt. Viele bei Screenings entdeckte Krebse würden ihrem Träger niemals Beschwerden machen, er würde an anderen Ursachen sterben. **Deshalb hatte Hackethal völlig Recht.** Erst einmal sorgsam beobachten, ob es tatsächlich ein aggressiver Krebs ist. Diese Zeit hat der Patient. Denn eines ist besonders alarmierend: In intensiv auf Prostatakrebs untersuchten Männergruppen gibt es mehr Prostata-Todesfälle als in unkontrollierten.»

Der Kolumnist Karl-Heinz Karisch in einem Kommentar für die Frankfurter Rundschau, 2012

Quelle: fr.de, Extreme Übertherapie beim Prostata-Krebs, 25.07.2012

Hackethal lebt!

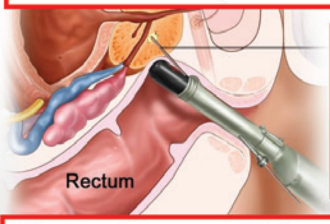
Im letzten Jahrhundert beherrschten die Ansichten des 1997 verstorbenen Chirurgen und Krebsarztes Julius Hackethal über den Krebs immer wieder die Schlagzeilen und mischten den Medizinbetrieb kräftig auf. Seine Thesen zur Krebsbehandlung waren unter anderen, dass man in der etablierten Medizin eine «Verstümmelungsstrategie» bei der Krebsbehandlung anwenden würde. Hackethal prägte den Begriff des «Haustierkrebses», den man, wenn man ihn in Ruhe lasse, jahrzehntelang mit sich herumtragen könne, ohne an ihm zu sterben. Seine Thesen sind mittlerweile weitgehend in Vergessenheit geraten.





Früherkennung von Prostatakrebs:

Relativ willkürlich gesetzter und durch andere Faktoren beeinflussbarer PSA-Wert (Antigen im Blut) entscheidet, ob Biopsie stattfindet.



Bei Biopsie wird zwölfmal in die Prostata gestochen: Schmerzhaft, oft Entzündungen und Schwellungen, Probleme beim Wasserlassen.



Kommt es zur Behandlung, können die Folgen verheerend sein: Inkontinenz, Impotenz uvm.

Fast jeder Mann entwickelt im Alter Prostatakrebs. Dieses Phänomen so zu behandeln, ist schlicht absurd.

Fotos: Envato

Studien zeigen erneut: Kein Beweis, dass PSA-Test, also die Prostatakrebs-Frühdiagnose, die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöht.

Quelle: bmj.com, Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy, 29.05.2012

Wer suchet, der findet!

2012: Studie im British Medical Journal

Schilddrüsenkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Haut- und Nierenkrebs, überall das gleiche Bild: Mit erhöhten Screenings geht auch die Anzahl der diagnostizierten Krebsfälle nach oben.

Bei all diesen Krebsarten hat die Behandlung praktisch keine Auswirkung auf die Mortalität. Die Zahl der Patienten steigt sprunghaft, an ihrer Überlebenszeit ändert sich praktisch nichts!

Fazit:

Die Medizin wird als Retter von «Kranken» dargestellt, die diese «Rettung» in den weitaus meisten Fällen gar nicht gebraucht hätten. Hinzu kommt, dass die zahlreichen unnötigen Behandlungen (und teilweise auch die Screenings) mit ausserordentlichem Leid verbunden sind.

Mehr Behandlungen bedeuten mehr Einnahmen für die Medizin-Branche!

Quelle: bmj.com, Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy, 29.05.2012

Alterserscheinung: Prostatakrebs



Foto: Envato Elements

Laut einer Studie bekommen über 80% aller Männer im Laufe ihres Lebens Prostatakrebs. 3% aller Männer in Deutschland sterben «daran» - in einem Alter (ca. 80 Jahre), das sogar über der durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern in Deutschland liegt. Diese «Krankheit» entpuppt sich als relativ harmlose Normalität.

Da erscheinen Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen, die oft mit schweren Folgen wie Entzündungen, Inkontinenz und Impotenz einhergehen, geradezu absurd!

Quelle: W. A. Sakr, et al.: «Age and Racial Distribution of Prostatic Intraepithelial Neoplasia», European Urology 30, 1996, S. 138–44



Studie: Ca. 97% aller Prostatakrebs-Behandlungen unnötig!

Es folgt das Ergebnis einer Studie, die FÜR das Prostatakrebs-Screening sprechen soll!

182.000 Männer im Alter zwischen 50 und 74 Jahren wurden beobachtet.

Gruppen **mit und ohne Screening** (PSA-Test) wurden verglichen.

1410 Männer müssen sich annähernd **10 Jahre regelmäßig dem PSA-Test unterziehen**, um gegenüber der Gruppe ohne PSA-Test **einen Todesfall zu verhindern.**

Ergebnis: Bei diesen **1410** Männern wurden in der Screening-Gruppe **48** Prostatakrebsfälle mehr entdeckt. Aber die Tatsache, dass dennoch nur **ein Leben mehr gerettet** worden ist, zeigt: **47** von diesen **48** Männern wurden unnötig behandelt.

Quelle:
H. Schröder et al. (2009): „Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study", The New England Journal of Medicine. 2009; 360: S.1320-1328

Falsch-positive Krebs-Diagnosen: Wie man mit der Wahrheit lügen kann!


Foto: Shutterstock/CucuMberStudio



«Statistik ist für mich das Informationsmittel der Mündigen. Wer mit ihr umgehen kann, kann weniger leicht manipuliert werden.»

Elisabeth Noelle-Neumann, Pionierin der Demoskopie in Deutschland

Quelle: de.statista.com, Definition Lügen mit Statistiken

Wenn Ihr Arzt sagt, die Diagnose liege zu 90% richtig, könnte dies bedeuten, dass sie eigentlich zu 90% falsch liegt!

Viele Menschen schrecken vor Statistiken zurück. Selbst Mediziner haben fast schon traditionell eine starke Abneigung gegen Daten und Zahlen: Jahrhundertelang basierten Behandlungen häufiger auf Erfahrung und Vertrauen als auf Wahrscheinlichkeiten, denn diese galten als unpersönlich oder irrelevant für den Einzelfall. Noch heute verzichten viele Patienten auf handfeste Daten und vertrauen lieber dem Urteil ihres Arztes. Zu diesem Ergebnis kam der Forscher Gerd Gigerenzer, Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut, in einer Umfrage aus dem Jahr 2008. Von rund 100 amerikanischen Ökonomen – eine Berufsgruppe, die gewohnt ist, mit Zahlen umzugehen – gaben zwei Drittel an, sie hätten das Pro und Contra einer Prostatakrebs-Früherkennung (siehe S.51 ff.) nicht abgewogen, sondern seien lediglich den Empfehlungen ihres Doktors gefolgt.

Eine andere Studie von Gigerenzer aus dem Jahr 2006 legt nahe, dass Ärzte und Patienten die Vorteile von Screenings zur Krebsvorsorge offenbar stark überschätzen. Beispiel: Eine Mammografie verringert das Risiko, dass eine Frau über 50 Jahre innerhalb von etwa 13 Jahren an Brustkrebs stirbt, im besten Fall von 5 auf 4 Promille – also um 1 von 1000 (siehe S.40 ff.). Rund 60 Prozent einer Zufallsstichprobe amerikanischer Frauen glaubten jedoch, dass eine Mammografie 80 von 1000 Frauen das Leben rettet! Ärzte, Informationsbroschüren, medizinische Zeitschriften und andere Medien informieren die Öffentlichkeit allzu oft in Form von relativen Risiko-Veränderungen (siehe S.41) – grosse Zahlen machen eben bessere Schlagzeilen. Und sie können leicht zur Manipulation eingesetzt werden: Ein «um 50 Prozent vermindertes Risiko» kann bedeuten, dass sich die Sterberate unter 10.000 Patienten von 200 auf 100 halbierte – oder aber von 2 auf 1! Angaben zu absoluten Risiken (wie viele von 1000) sind informativer. Von ihnen lassen sich relative Risiken ableiten – umgekehrt jedoch nicht.

10%-Chance auf Richtigkeit

Selbst Mediziner bedürfen bei diesen einfachen statistischen Berechnungen oft der Nachhilfe: Man stelle sich eine Frau vor, die soeben ein positives Mammografie-Ergebnis erhalten hat und ihren Arzt fragt: Wie hoch ist jetzt die Wahrscheinlichkeit, dass ich Brustkrebs habe?

Die Antwort, die gemäss einer Umfrage von Gigerenzer 79% von 160 befragten Gynäkologen nicht kennen, ist erschreckend: Die Chance, wirklich Brustkrebs zu haben liegt bei gerade einmal ca. 10%. Das liegt daran, dass die Falsch-Positiv-Rate der Mammografie laut Gigerenzer bei etwa 9% liegt. Laut manchen Studien liegt sie sogar noch weit höher (29%). (1) In anderen Worten: Die Wahrscheinlichkeit eines positiven Testergebnisses, obwohl keine Erkrankung vorliegt, liegt bei 9%. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau Brustkrebs hat, beträgt aber nur 1%.

Das heisst: 10 von 1000 Frauen haben Brustkrebs. Von diesen 10 Frauen mit Brustkrebs werden 9 positiv getestet. Nur bei ihnen liegt die Trefferquote relativ hoch, bei ca. 90%. Von den übrigen 990 ohne Brustkrebs werden jedoch etwa 89 positiv getestet. Womit nur 9 Frauen richtig und satte 89 Frauen falsch diagnostiziert werden. Ist das nicht ungeheuerlich?

Viele Menschen sehen Früherkennungsuntersuchungen als Sicherheitsvorkehrung für ihre Gesundheit an – selbst dann, wenn eine Krankheit selten ist. Das kann zu falsch-positiven Ergebnissen und unnötigen medizinischen Eingriffen führen, und dadurch viel Leid verursachen. Mediziner sollten ihre Patienten darauf hinweisen, dass sich ein positiver Befund häufig als falscher Alarm erweist, damit der Betroffene das Ergebnis mit Vorsicht interpretiert und der Test gegebenenfalls wiederholt wird. ***(tk)***





Quellen:

Gigerenzer, G. et al.: Helping Doctors and P atients Make Sense of Health Statistics. In: Psychological Science in the Public Interest 8(2), S. 53 - 96, 2007

1. aerztezeitung.de, Krebsscreening: Der positive Effekt von falsch-positiven Befunden, 30.05.2018





«Es gibt drei Arten von Lügen: Lügen, verdammte Lügen und Statistiken.»

Leonard Henry Courtney, englischer Politiker und Schriftsteller

Quelle: de.wikiquote.org, Leonard Henry Courtney



Wichtige Fragen an den Arzt bei der Krebsdiagnose!

1. **Wie weit verbreitet ist diese Krankheit tatsächlich? Können Sie mir in absoluten Zahlen sagen, wie häufig sie in der Bevölkerung vorkommt und wie viele Menschen an ihr versterben?**

2. **Können Sie mir sagen, wie zuverlässig der Diagnosetest grundsätzlich arbeitet und wie viele Testergebnisse als falsch-positiv bzw. als falsch-negativ ausgegeben werden?**

3. **Gibt es Statistiken, wie zuverlässig die Risikoreduktion durch den benutzten Vorsorge-Test ausfällt? Können Sie mir diese Risikoreduktion in absoluten Zahlen nennen?**

4. **Können Sie mir sagen, wie oft harmlose Gewebeveränderungen entdeckt werden, die aber niemals Symptome oder «Krankheit» im eigentlichen Sinne nach sich gezogen hätten, welche infolge der Diagnose unnötig behandelt werden?**

5. **Können Sie mir sagen, auf welche Studien und Arbeiten Sie sich bei Ihren Antworten beziehen?**

Testpositiv und dennoch kein Brustkrebs!

Brustkrebsrisiko
1% positiv
99% negativ

Testquote:
90% richtig
10% falsch

Eine Frau lässt sich auf Brustkrebs untersuchen. Das Ergebnis: Positiv. Ein Schicksalsschlag. Wie aussagekräftig ist diese erste Diagnose wirklich?

Bei Frauen **mit** Brustkrebs
Von 1% Positiven
90% richtig



90% von 1% = **0,9%**

Bei Frauen **ohne** Brustkrebs
Von 99% Negativen
10% falsch

10% von 99% = **9,9%**

Aufgrund des relativ niedrigen Brustkrebsrisikos birgt selbst eine Test-Trefferquote von 90% nur eine Wahrscheinlichkeit von rund 1:10 (0,9% vs. 9,9%), dass das Ergebnis richtig ist.

Ist das Testergebnis positiv, hat die Frau mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 10% Krebs und mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 90% keinen Krebs.

Was 9% falsch-positive Mammografie-Ergebnisse bei Brustkrebs (1%-Chance, ihn zu haben) bedeuten:

Bei einem positiven Mammografie-Ergebnis liegt die Wahrscheinlichkeit von Brustkrebs bei lächerlichen ca. 10%!

Mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 90% ist das Testergebnis falsch!

Von 1000 Frauen werden 9 richtig positiv und 89 falsch positiv diagnostiziert!

Von 10 Frauen, deren Mammografie-Ergebnis auf Brustkrebs hinweist, ist nur ca. 1 tatsächlich daran erkrankt!

Und das (9%) basiert auf eher Mammografie-freundlichen Ergebnissen: Manche Studien zeigen eine weitaus höhere Unzuverlässigkeit der Mammografie (29% falsch-positiv)! (1)

Quelle: 1. aerztezeitung.de, Krebsscreening: Der positive Effekt von falsch-positiven Befunden, 30.05.2018

Kindesentzug und Zwangsbehandlung bei positiver Krebsdiagnose – Trotz Über- und Falschdiagnosen!

Jesus soll kurz vor seiner Kreuzigung den weisen Satz gesprochen haben: «Vater, vergib ihnen; denn sie wissen nicht, was sie tun!» (Lukas 23:34) Die Aussage dieser Bibelstelle ist unmissverständlich: Das Böse tarnt sich stets im Mantel des Guten, um die Massen von sich zu überzeugen. Eine geschickte Täuschung macht Menschen blind für das Böse, bringt sie sogar dazu, dessen Werk unwissend selbst zu vollbringen. Trifft das auch auf bestimmte Bereiche der Schulmedizin so?

Tatsächlich ist festzustellen, dass jede Alternative zur schulmedizinischen Herangehensweise an Krebs vom Gesetzgeber als «unterlassene Hilfeleistung» gebrandmarkt wird – sogar der Ratschlag, den Tumor in Ruhe zu lassen. Auf diese Weise wird ein ewiges und unveränderbares Dogma von Screenings, «Chemo», Strahlen und Operation in der Krebsvorsoge und -behandlung zementiert – das exakte Gegenteil von Wissenschaft. Damit ist auch jede Innovation schon im Vorhinein zum Scheitern verurteilt.

Wenn das Dogma erst einmal etabliert ist, dass Chemo- und Stahlentherapie sowie eine Operation Leben retten, dann wird auch jede Zwangsbehandlung in den Augen der Ausführenden zur Lebensrettung. Und Richter, Polizei, Jugendämter oder der behandelnde Arzt, die die Zwangsbehandlung durchsetzen und durchführen, fühlen sich als Retter in der Not. Die Frage nach dem Nutzen, beispielsweise der Chemotherapie, ist für die meisten schon beantwortet: Chemotherapie rettet Leben, deshalb rettet auch jede Zwangsbehandlung Leben! «Denn sie wissen nicht, was sie tun»?



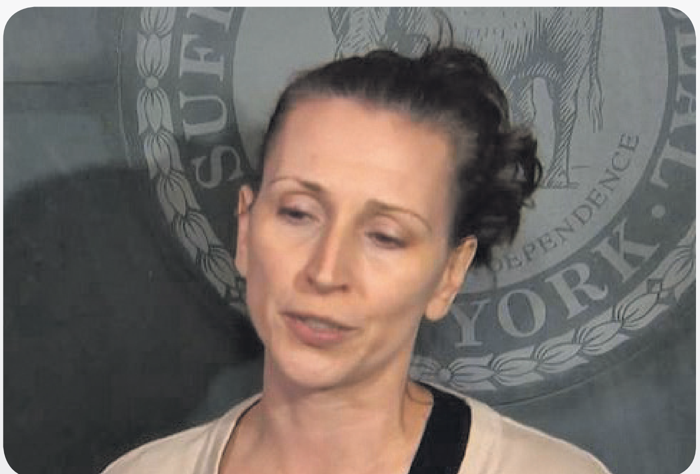
So kommt es regelmässig – auf der ganzen Welt und auch in Deutschland – zu Sorgerechtsentzügen bei Eltern, die ihre Kinder nicht der schulmedizinischen Behandlung aussetzen wollen. Berichtet wird darüber dennoch kaum, und wenn dann meist im kritischen Ton über die angeblich sturen und fehlgeleiteten Eltern. Mit dem Kindesentzug einhergehend: Eine Zwangsbehandlung des Kindes, meist mit der Chemotherapie.

«Gefährdung des Kindeswohls»?

Z.B. konnte man 2009 auf dem Allgäuer Online-Portal «all-in.de» erfahren: «Die Eltern eines krebskranken Mädchens aus Altusried (Oberallgäu) bleiben weiter ohne Sorgerecht für ihr Kind. [...] Das Kind erhielt zunächst eine Chemotherapie in der Universitätsklinik Ulm. [...] Aufgrund der durch die Chemotherapie verursachten Nebenwirkungen verweigerten sich die Eltern einer erneuten Behandlung in der Universitätsklinik Tübingen, obwohl die behandelnden Ärzte dort von einer Heilungschance von 70 bis 80 Prozent ausgingen. [...] Weil der behandelnde Arzt von der Tübinger Klinik um das Leben des Kindes fürchtete, schaltete er Ende September das Jugendamt Oberallgäu ein und der Fall kam vor das Familiengericht in Kempten. Das Gericht entschied am 22. Oktober, den Eltern das Sorgerecht in Teilen zu entziehen.» (1) Alles andere als ein Einzelfall.

Dieses Vorgehen ist auf mehreren Ebenen problematisch. In Artikel 6 des





Nur eines von vielen Beispielen, in diesem Fall aus Grossbritannien: Als Candace Gundersen, die Mutter des damals 13jährigen Nicholas beschloss, seine Chemotherapie-Behandlung nicht fortzusetzen, sondern stattdessen eine zweite Meinung von anderen Ärzten einzuholen, und plante, sich auf eine weniger toxische Alternativtherapie für den Teenager zu konzentrieren, kassierte das Jugendamt das Sorgerecht für den Jungen. Die Chemotherapie wurde gegen den Willen der Mutter und des Jungen fortgesetzt.

BRD-Grundgesetzes heisst es nämlich: «Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.» Das Wohlergehen des Kindes liegt also in den Händen der Eltern. Mit jedem Sorgerechtsentzug und jeder Zwangsbehandlung masst sich der Staat die Rolle der Eltern an, am besten zu wissen, was gut für die Kinder ist und was nicht.

In Einzelfällen mag ein Sorgerechtsentzug gerechtfertigt sein, doch die Behauptung, die Chemotherapie sei alternativlos und die Nicht-Behandlung sei mit «unterlassener Hilfeleistung» oder «Gefährdung des Kindeswohls» gleichzusetzen, steht auf äusserst wackligen Beinen. Die Schulmedizin blieb bisher die klaren Beweise schuldig, dass eine Nichtbehandlung oder alternative Behandlung im Vergleich ihren Methoden viel schlechter dasteht (siehe S.38 ff.).

Besonders gilt es, die Phänomene der Über- und Falschdiagnose zu bedenken: Wie viele Eltern unterziehen ihr Kind nichtsahnend einer Krebsdiagnose, ohne zu wissen, was irreführende Aussagen wie «Überleben» (siehe S.54 u. 59), «Heilungschance», «Positiv-Diagnose» (siehe S.60 f.) oder «20% Risiko-Reduktion» (siehe S.41) bedeuten können? Wie viele Eltern bringen ihr Kind mit «Allerweltssymptomen» wie Fieber oder Bauchschmerzen zum Arzt, willigen einem Krebs-Screening ein und unterwerfen ihr Kind daraufhin der qualvollen schulmedizinischen Therapie? Wieviele dieser behandelten Kinder wurden falsch-positiv diagnostiziert oder hätten vielleicht nie langfristige klinische Symptome entwickelt? Diese mehr als unangenehmen Fragen müssen sich diejenigen gefallen lassen, die glauben, das Leben von Kindern zu retten, indem sie sie zwangstherapieren. Wer Behauptungen aufstellt, muss Gegenargumente auch entkräften können. Wo sind die statistischen Zahlen, die ein solch autoritäres Vorgehen gegen das im Grundgesetz verankerte Erziehungsrecht der Eltern rechtfertigen? ***(tk)***

Quelle: 1. all-in.de, Eltern von krebskrankem Mädchen bleibt Sorgerecht weiter entzogen, 03.12.2009

Anordnung: Häusliche Isolation und Maskenpflicht zuhause, sonst Kindesentzug?



Nachdem in einer Schule in Bruchsal (Kreis Karlsruhe) eine Lehrerin positiv auf das «Corona-Virus» getestet worden war, wurden im Juli zwei Klassen nach Hause geschickt – begleitet von einer Information der Stadt, in der bei Nichteinhaltung der «Isolation in sog. häuslicher Quarantäne» mit einer zwangsweisen Unterbringung des Kindes in einer geschlossenen Einrichtung gedroht wird. Die Stadt Bruchsal bestätigte das Schreiben, sagte aber: «Wir sind nur das ausführende Ordnungsamt. Der Inhalt des Textes kam von der zuständigen Gesundheitsbehörde im Landratsamt.» [1] Die Formulierung des Landratsamts in der schriftlichen Anweisung an die Familien soll unter anderem das Verbot von «gemeinsamen Mahlzeiten» und die Aufforderung zur «Isolation in kleinen Räumen» enthalten haben. [2] Zudem seien Familien dazu aufgefordert worden, ihre Kinder auch zu Hause beim Kontakt mit anderen Familienmitgliedern eine Maske tragen zu lassen. [3]

Aus Sicht der Eltern, die sich gegen das Schreiben einsetzen, ist schon die Anordnung von häuslicher Isolation für Kinder «eine seelische Grausamkeit». Der Deutsche Kinderschutzbund forderte die Behörden zur Mässigung auf. Kinderschutzbund-Präsident Heinz Hilgers erklärte:

«Die Situation der Quarantäne ist für Familien, insbesondere für Kinder, ohnehin sehr belastend. Kinder in dieser Phase von ihren Eltern und Geschwistern zu isolieren, ist eine Form psychischer Gewalt. Der Kinderschutzbund empfindet diese Massnahmen als unverhältnismässig und nicht hinnehmbar. Die Drohung mit dem scharfen Schwert der Herausnahme und Unterbringung auf einer Isolierstation verunsichert zudem Familien nachhaltig.

Ganz sicher müssen Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie getroffen werden. Dies lässt sich aber auch regeln, indem man den gesamten Haushalt oder doch zumindest noch ein sorgeberechtigtes Elternteil in die Quarantäne-Massnahmen einbezieht. Ich rufe die kommunalen Verantwortungsträgerinnen und –träger auf, in allen Massnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie dem Kindeswohl und den Kinderrechten Vorrang einzuräumen.» [4]

Dass es an jeglichen Grundlagen mangelt, um die Elternrechte aufgrund der «Corona-Gefahr» einzuschränken, erfahren Sie in unserer **Ausgabe 32 – Thema: Corona-Hysterie ohne Beweise – Die WHO als Wiederholungstäter.** ***(tk)***




Quellen:

1. n-tv.de, Baden-Württemberg Eltern kritisieren «häusliche Isolation» für Kinder, 06.08.2020
2. swr.de, Kinderschutzbund kritisiert Corona-Anweisungen des Karlsruher Landratsamts, 06.08.2020
3. bw24.de, Von Familie trennen: Stadt in Baden-Württemberg soll gedroht haben, Kinder bei Corona-Verdacht in «geschlossener Einrichtung» zu isolieren, 06.08.2020
4. epochtimes.de, «Kinder mit Corona-Verdacht sollen von Familie isoliert werden»: Kinderschutzbund findet Anordnung nicht hinnehmbar, 06.08.2020

Krebs und «Corona»: Gar nicht so unähnlich!

KREBS	«CORONA»
Durchschnittliches Sterbealter bei 73,4 Jahren. Gar nicht so gefährlich, wie öffentlich dargestellt!	Durchschnittliches Sterbealter bei über 80 Jahren. Bei Weitem nicht so gefährlich, wie öffentlich dargestellt!
Früh-Diagnose durch unzuverlässige Ersatzparameter (siehe S.77) wie PSA-Tests, PAP-Tests oder geringe Gewebeveränderungen.	Diagnose durch unzuverlässige PCR-Tests («Da spielt der Zufall mit.», Christian Drosten)
Oft keine Symptome trotz diagnostizierter «Krankheit».	Oft keine Symptome trotz diagnostizierter «Krankheit».
Teilweise wird mit «Allerweltssymptomen» Panik geschürt, um Leute zu den Screenings zu locken.	Es wird mit «Allerwelts-symptomen» Panik geschürt, um die Bevölkerung zu Tests zu animieren.
Wer suchet, der findet! Ohne Vorsorge-Untersuchung würde man oft nie etwas davon bemerken.	Wer suchet, der findet! Ohne Tests würde man nichts von der «Virus-Krankheit» bemerken.
Bestimmte potenzielle Krankheits-ursachen werden ausgeblendet.	Tunnelblick auf ein «Virus» als vermeintliche Krankheitsursache.
Überbehandlung durch Chemotherapie, Bestrahlung, Operation uvm.	Überbehandlung durch Cortison, Antibiotika, AIDS-Medikamente, künstliche Beatmung uvm.
Die schulmedizinische Behandlung wird als alternativlos dargestellt.	Die schulmedizinische Behandlung (vor allem die Impfung) wird als alternativlos dargestellt.


ExpressZeitung
Ausgabe 32, Mai 2020
Corona-Hysterie ohne Beweise
Die WHO als Wiederholungstäter

ExpressZeitung
Ausgabe 33, Juli 2020
Mit der Corona-Diktatur zur «Neuen Normalität»

Die hanebüchenen Widersprüche des offiziellen Corona-Narrativs, und wie dieses geopolitisch und wirtschaftlich eingesetzt wird, haben wir bereits in unseren **Ausgaben 32 und 33** aufgearbeitet.



Wussten Sie...

...dass das durchschnittliche Krebserkrankungsalter in Deutschland bei Frauen bei 67,2, bei Männern bei 68,3 Jahren liegt?[1]

...dass das durchschnittliche Sterbealter Krebserkrankter für beide Geschlechter bei 73,4 Jahren liegt?

...dass jeder zweite Krebstote über 75 ist?[2]

...dass man, wenn man alte Herren untersucht, die offiziell nicht an Krebs gestorben sind, zu 80% Prostatakrebs findet? (siehe S.53)

Könnte man hier nicht vermuten, dass das Alter als Todesursache eine grössere Rolle spielt als der Krebs? Dass alte Menschen einfach zu Krebskranken umgetauft werden, um Profit aus ihnen zu schlagen? Ähnlich wie bei den «Corona-Toten»? (siehe Ausgabe 32)

Quellen:
1. krebsdaten.de, Epidemiologie von Krebserkrankungen
2. tagesspiegel.de, Jeder Vierte stirbt an einem Tumor, 02.02.2015

Beispiel 3: Hautkrebs



Auf einen Blick

- **Einführung des Hautkrebs-Screenings 2008 in Deutschland, basierend auf einer Studie aus dem Jahr 2003: 360.288 Teilnehmer.**
- **Studie nie veröffentlicht! Krankenkassen bekamen nur «Projektbericht» vorgelegt!**
- **Skandal: Autor des «Projektberichts» wurde von den Krankenkassen gleichzeitig mit dessen Überprüfung beauftragt.**
- **Autor des «Projektberichts» im Vorstand einer Lobbyorganisation für Hautärzte. Er war ein Hauptprofiteur des Screenings.**
- **Der «Projektbericht» zeigt lediglich, dass mehr Hautkrebs durch das Screening gefunden wird. Das bedeutet, wie bereits aufgezeigt, überhaupt nichts für die reale Gesundheit.**
- **Genauere Betrachtung des «Projektberichts» erschreckend: Extrem hohe Anzahl an Fehldiagnosen; Nutzen für den Patienten kaum erkennbar, eher sogar das Gegenteil. Trotzdem reichte dieser «Projektbericht» für die Einführung des Hautkrebs-Screenings 2008 aus.**

Am 1. Juli 2008 war der Stichtag. Damals wurde das allgemeine Hautkrebs-Screening in Deutschland eingeführt. Seitdem können sich Menschen über 35 alle zwei Jahre bei einem Hausarzt mit spezieller Fortbildung oder bei einem Hautarzt auf Hautkrebs hin untersuchen lassen, und die Krankenkassen übernehmen die Kosten. Mittlerweile folgt ein Drittel der angesprochenen Bevölkerungsgruppe der Aufforderung. 15 Millionen neue Kunden! Tendenz steigend. Was für ein Coup!

Allerdings hat die Dermatologen-(Hautarzt)-Lobby auch hart und gerissen dafür gearbeitet. Allen voran die «Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prophylaxe», die ADP e.V., in deren Vorstand Prof. Dr. Eckhard Breitbart führend aktiv ist. Ihm müssen die Mediziner, die jetzt mit den lukrativen Vorsorgeuntersuchungen ihr schmales Gehalt aufbessern können – eine Untersuchung pro Tag, 5000 Euro mehr im Jahr – besonders dankbar sein. Denn er hat in Schleswig-Holstein zwischen Juli 2003 und Juni 2004 eine «Studie» durchführen lassen, in der bei 360.288 Personen eine Untersuchung zur Hautkrebs-Früherkennung durchgeführt wurde. Allerhand! Klingt nach einer grossen «Studie». Sie bildete denn auch das wissenschaftliche Zentrum des Antrags der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Einführung des Hautkrebs-Screenings. Eingereicht am 5. Januar 2005.

Um die Institutionen kurz zu kennzeichnen: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist die höchste medizinische Entscheidungsinstanz in Deutschland. Der G-BA entscheidet, welche Medikamente und medizinischen Prozeduren die Kassenzulassung bekommen beziehungsweise, noch besser, in den Rang eines Massenscreenings erhoben werden. Die KBV ist die Standesvertretung der freiberuflichen Ärzte. Auf ihrer Internetpräsentation bringt es die KBV folgendermassen auf den Punkt: «Die KBV nimmt die Interessen der rund 172.000 freiberuflichen, in Praxen ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten wahr. Sie gibt ihnen gegenüber Politik und Öffentlichkeit eine Stimme und bringt ihren Sachverstand in die gesundheitspolitische Diskussion ein.» [1] Man könnte es auch so ausdrücken: Die KBV hat die Pfründe der Ärzte zu schützen und wenn möglich zu maximieren. Und das hat sie mit der erfolgreichen Einbringung des Antrags zur Einführung des Hautkrebs-Screenings auch getan.

Fragwürdiges Studiendesign

Aber was wurde in der «Breitbart-Studie», die ganz wesentlich zur Einführung des Hautkrebs-Screenings geführt hat, eigentlich gezeigt? Das wissen im Detail tatsächlich nur

➔



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist die höchste medizinische Entscheidungsinstanz in Deutschland. Der G-BA entscheidet, welche Medikamente und medizinischen Prozeduren die Kassenzulassung bekommen.

Finde den Fehler!

Professor Breitbart aus dem Vorstand einer Hautarzt-Lobbygruppe fertigt eine Studie zum Hautkrebs-Screening an, von dessen Einführung er und seine Lobbygruppe natürlich am meisten profitieren würden.



Es wurde in der Studie nicht verglichen, ob Mitglieder einer Diagnose-Gruppe länger leben als Mitglieder einer nicht-diagnostizierten Gruppe. Es handelte sich lediglich um eine «Machbarkeitsstudie».

Er reicht einen Projektbericht zur Studie (nicht die Studie) bei der höchsten medizinischen Entscheidungsinstanz (G-BA) in Deutschland ein (als Teil des Antrags zur Einführung von Hautkrebs-Screenings).



Der Clou:
Professor Breitbart ist selbst Teil des G-BA und beurteilt seine eigene Studie!

«Überraschung»: Breitbarts Projektbericht führte zur Einführung des Hautkrebs-Screenings in Deutschland!

➔ ganz wenige. Vermutlich kennt nur Professor Breitbart persönlich die echte Datenlage. Denn die «Studie» ist nie veröffentlicht worden! Auch der G-BA bekam die Studie nicht, sondern nur einen «Projektbericht». Und raten Sie mal, wer den Projektbericht verfasst hat? Professor Breitbart. Und wer war zum fraglichen Zeitpunkt Vorsitzender des «Unterausschusses Prävention» beim G-BA, also Vorsitzender des Gremiums, das Professor Breitbarts Projektbericht beurteilte? Sie ahnen es: natürlich Professor Breitbart. Ob er wirklich eine unvoreingenommene Prüfung des ganzen Entscheidungsprozesses durchgeführt hat?

Breitbart erklärt in dem Bericht, dass man beim Screening mehr Hautkrebs und Hautkrebsverdachtsfälle entdeckt habe, als sonst in einem Jahr in Schleswig-Holstein gefunden würden. Es wurde also gezeigt, dass man mehr findet, wenn man stärker sucht. Hatte man etwas anderes erwartet? Nein! Ist das ein Hinweis darauf, dass die untersuchte Bevölkerung unterm Strich einen Nutzen vom Screening hatte? Nach dem, was wir vom PSA-Test (siehe S.51 ff.) und vom Mammografie-Screening (siehe S.40 ff.) her wissen, müssen wir das stark bezweifeln.

Aber das ist es schliesslich, was interessiert: Wird die Sterblichkeit gesenkt? Doch das passiert nicht automatisch, wenn man mehr «Krebskandidaten» entdeckt. Ein Teil der höheren «Erfolgsquote» bei der Entdeckung der Hautkrebserkrankungen werden wohl wieder vorverlegte Diagnosen sein, die auch bei späterer, «zufälliger» Entdeckung noch gut hätten behandelt werden können. Man muss nach allen weiteren Erkenntnissen auch vermuten, dass zahlreiche Hautveränderungen erkannt und als Krebs eingestuft und bedauerlicherweise behandelt wurden, die ihren Trägern niemals Probleme bereitet hätten.

Eine wissenschaftlich gut gesicherte Aussage, ob eine medizinische Intervention wirklich einen Vorteil bringt, kann allein eine kontrollierte Studie bieten. Professor Breitbart hätte also seine über 300.000 Studienteilnehmer rekrutieren und nach dem Zufallsprinzip («randomisiert») in zwei Gruppen einteilen müssen. Die eine Gruppe wäre zum Hautkrebs-Screening gegangen und die andere nicht. Die Studie hätte mindestens fünf Jahre laufen müssen. Denn man braucht ja auch eine gewisse Zeitspanne, um zu sehen, ob in der Screening-Gruppe weniger Leute an Hautkrebs sterben. So hätte man den möglichen Vorteil durch das Hautkrebs-Screening ermitteln können. Das Design der «Breitbart-Studie» erlaubt jedoch keine seriöse Aussage über Sinn oder Unsinn des Hautkrebs-Screenings. Sie dauerte nur knapp ein Jahr, von Juli 2003 bis Juni 2004, woraus klar hervorgeht, dass das in der Schulmedizin auf fünf Jahre angelegte (sowieso schon fragwürdige) «Überleben» keine Rolle spielte.

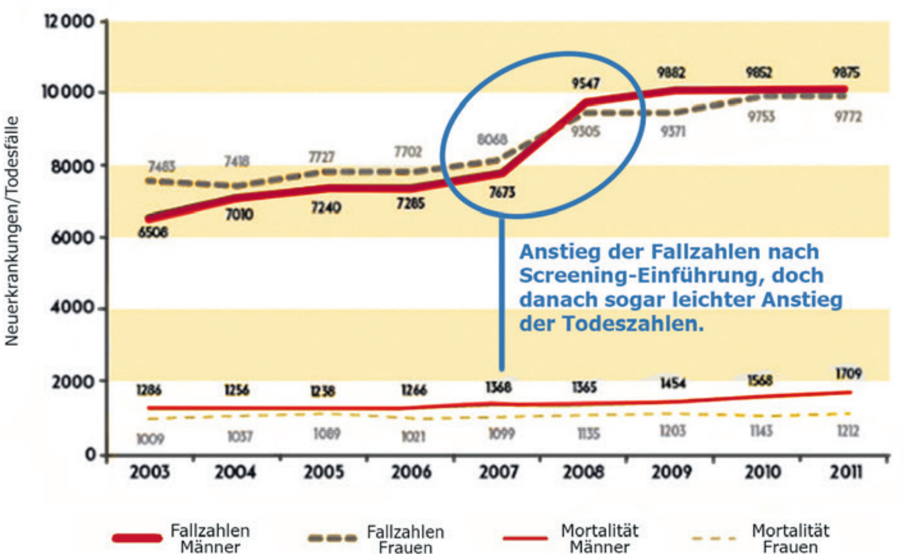
Machbarkeitsstudie statt Wirksamkeitsstudie

Prof. Breitbart, auf diese Kritikpunkte angesprochen, erklärte, das Ganze sei ja auch nur eine «Machbarkeitsstudie» gewesen. Bitte? Also keine Überprüfung des möglichen Nutzens? Nur eine Prüfung, ob Ärzte imstande sind, ein Hautkrebs-Screening durchzuführen? Dabei, so Breitbart, hätten sich «gewisse Hinweise auf eine Nützlichkeit» ergeben. Das alles kann man in kompakter Form auch in einem Artikel der FAZ mit dem treffenden Titel «Geschäftsmodell Todesangst» nachlesen. [2]

Die Machbarkeitsstudie hatte übrigens ein wirklich bestechendes Ergebnis, dessen Zahlen öffentlich wurden: Die Studie sollte in einem Teilprojekt überprüfen, ob Hausärzte und Dermatologen nach einer speziellen Schulung etwa gleiche Trefferquoten bei der Krebs-Früherkennung erbringen. Das Ergebnis war niederschmetternd. Die Zahlen muss man sich auf der Zunge zergehen lassen: Etwa ein Zehntel der Studienteilnehmer – 36.893 Männer und Frauen – wurden sowohl von Dermatologen als auch von Hausärzten untersucht. Die Hausärzte sahen bei 5.980 Personen einen Hautkrebsverdacht, bei nur 1.280 davon konnten die Fachleute, die Dermatologen, den Verdacht bestätigen. Die Hausärzte produzierten also 80% Nonsens-Kranke infolge der Früherkennung! Doch es kommt noch schlimmer: Aus der Untersuchung bei dieser Ärztegruppe gingen fast 31.000 Personen «ohne Krebsverdacht» nach Hause. Unter ihnen fanden die Dermatologen bei 3.128 Teilnehmern allerdings durchaus einen Krebsverdacht. Das ist Wahnsinn: Die Hausärzte jagten in dieser Studie bei knapp 37.000 Untersuchten etwa jedem achten völlig unnötig Todesangst ein. Und bei jedem zwölften Teilnehmer übersahen sie einen Krebsverdacht. Diese Zahlen lassen nicht den Eindruck eines



Hautkrebs: Fallzahlen vs. Todeszahlen seit Screening-Einführung 2008



Mit der Einführung des Hautkrebs-Screenings in Deutschland 2008 stieg die Zahl der Hautkrebs-Diagnosen deutlich an. Wäre diese Massnahme sinnvoll, müsste in der Folge die Sterblichkeit an Hautkrebs zurückgehen. Das ist jedoch bis heute nicht der Fall.

Quelle: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. – Atlas der Krebsinzidenz und -mortalität in Deutschland (GEKID-Atlas). Datenlieferung: Dezember 2013, Lübeck. Verfügbar über: gekid.de

Nach Einführung des Haut-krebs-Screenings 2008

2007 2017

Fallzahlen von Hautkrebs

Was für ein Zufall. Ein Schelm, wer glaubt, die extrem gestiegene Anzahl von Hautkrebs innerhalb von 10 Jahren habe etwas mit Überdiagnosen zu tun.





Obwohl die Anzahl der Früherkennungsmassnahmen für Hautkrebs in Deutschland extrem gestiegen ist, sind die Todeszahlen beim malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs, einziger wirklich gefährlicher Hautkrebs) mehr oder weniger gleich geblieben.

Wieder scheint es so, als würde einfach mehr diagnostiziert und behandelt – ohne Nutzen für den Patienten.

Quelle: aerzteblatt.de, Zahl der Hautkrebserkrankungen innerhalb der vergangenen zehn Jahre gestiegen, 02.08.2019

gekonnten Screenings entstehen, oder? Warum sprach man dennoch von einer gelungenen «Machbarkeitsstudie»?

Um diesen schlimmen Webfehler des Screenings zu kompensieren, war die Studie und ist das Hautkrebs-Screening seit 2008 zweistufig angelegt. Alle «Verdachtsfälle» der Hausärzte werden von Dermatologen nochmals zusätzlich geprüft. Damit kann man sicher viele der fälschlicherweise als «krebsverdächtig» diagnostizierten Fälle theoretisch wieder aussortieren. Aber was ist mit der immensen Menge an Screening-Teilnehmern, bei denen zu Unrecht durch die Hausärzte Entwarnung gegeben wird? Sie werden ja nicht mehr von Dermatologen überprüft. Sie haben anscheinend verloren.

Illegal?

Es gibt für die Einführung von Massenscreenings übrigens gesetzliche Kriterien, die erfüllt sein müssen (§ 25 Absatz 3 SBV V/ Sozialgesetzbuch). Ein Kriterium lautet: «Es müssen genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.» Mit Verlaub: Beim Hautkrebs-Screening sind schon eine Stufe früher, nämlich bei der Verdachtserhebung, nicht genügend qualifizierte Ärzte vorhanden, um diese vernünftig durchzuführen. Müsste das Hautkrebs-Screening, wenn man die Kriterien des Sozialgesetzbuches anwendet, nicht illegal sein?

Für das Absolvieren der achtstündigen speziellen Schulung, die bei den Hausärzten zu so mangelhaften Trefferquoten führt, müssen die Ärzte übrigens verpflichtend das «Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening-Set für qualifizierte Arztpraxen» zu einem Preis von 99,50 Euro erwerben. Und jetzt raten Sie mal, wer das entwickelt hat und das Monopol darauf hält. Es ist die ADP e.V. von Professor Breitbart. Interessanterweise wird im Fortbildungsbuch kein Autor erwähnt. Da firmiert die ADP e.V. als Autorin. Der Verlag hat mit dem Fortbildungspaket einen Millionenumsatz gemacht.

Ein Schelm, wer vermutet, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe bei so dürftiger Studienlage der Einführung des Screenings zugestimmt, weil Ärzteverbände und Pharmavertreter auf ihn eingewirkt hätten. Mal wieder wurde nicht thematisiert, ob das Screening auch nur ein einziges Menschenleben gerettet hat. Das scheint gar nicht von Interesse zu sein.

Immerhin regte sich ein kleiner Widerstand: Ende 2014 forderten 15 Ärzte um den Kölner Dermatologen Dr. Jürgen Tacke in einem offenen Brief an den damaligen Gesundheitsminister Hermann Gröhe, endlich die entsprechenden Studien zu veröffentlichen und so eine wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit dem Thema Hautkrebs-Screening zu ermöglichen.

An der Frage, ob das Screening die Mortalität verringert, führt kein Weg vorbei. Wie viele zusätzliche unnötige medizinische Eingriffe werden durch das Screening veranlasst? Schliesslich müssen gleichermassen Nutzen und Schaden betrachtet werden, um zu einem gut informierten Urteil über das Screening zu kommen. Und davor drücken sich die Krankenkassen und Hautärzte anscheinend.

Andere Statistiken

Tun wir doch einfach das, was den G-BA nicht zu interessieren scheint: die Überprüfung der Nützlichkeit des Haut-





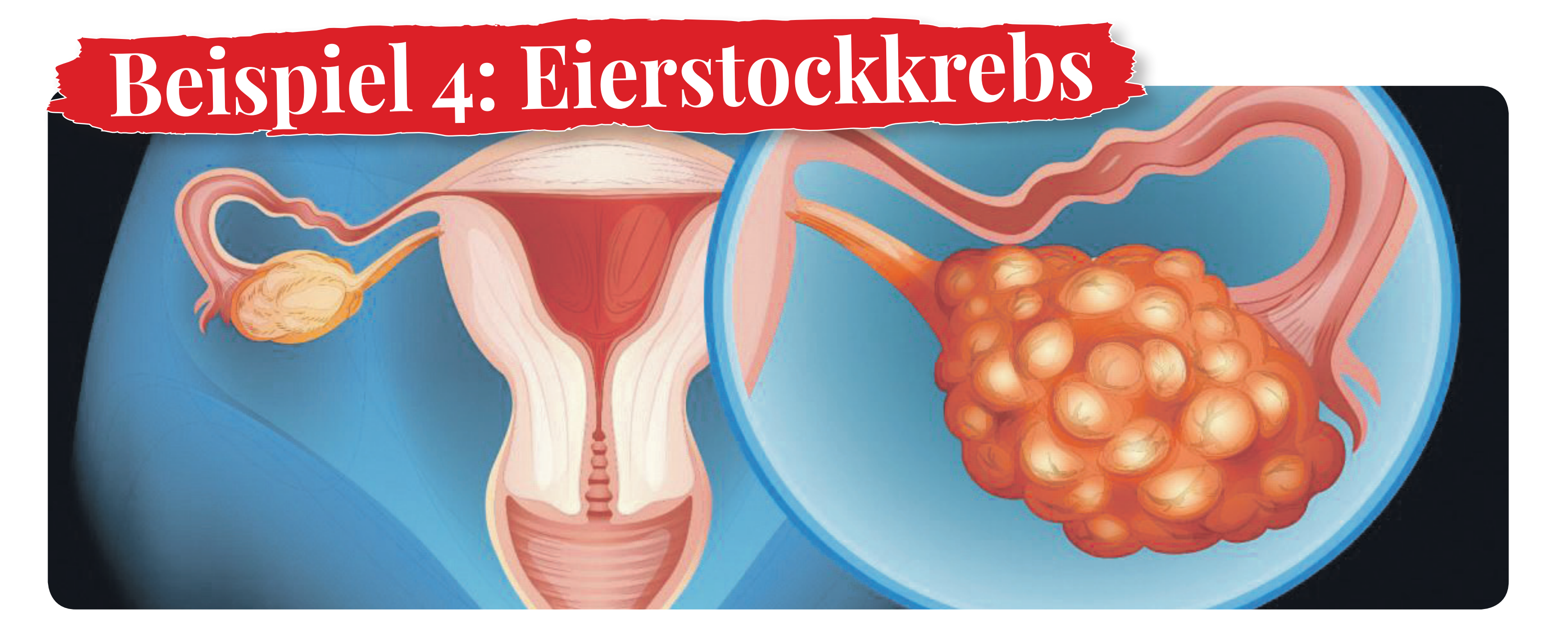
➔ krebs-Screenings. Das Krebsregister ist schliesslich im Internet frei zugänglich. [3] Die Datenreihe reichte bei Einsicht von 1998 bis 2012. Das heisst: Man konnte einen Blick auf die Entwicklungen in fünf Jahren nach der Einführung des Screenings werfen. Das müsste reichen, um festzustellen, ob das Screening die Mortalitätsrate beeinflusst. Schliesslich ist das maligne Melanom (schwarzer Hautkrebs), wie der Name schon sagt, ein relativ böser Krebs, der den Betroffenen in den beiden oberen von vier Risikoklassen nur eine 5-Jahres-Überlebensrate von 40 beziehungsweise 10 Prozent lässt. Da müsste sich schon ein positiver Einfluss erkennen lassen, wenn sich frühe Melanom-Stadien mit dem Screening und damit einer angeblich sehr viel besseren Überlebenschance «abfangen» liessen. Das statistische Bild ist aber ein anderes: Die Daten zeigen keine Veränderung der Sterblichkeit an Hautkrebs. Bei Männern ist die Mortalitätsrate – wie die Jahre zuvor – leicht gestiegen, bei Frauen – wie die Jahre zuvor – gleich geblieben. Auch nach fünf Jahren hat das Hautkrebs-Screening statistisch gesehen also kein Leben gerettet. Auf dem Krebsportal «onkopedia» [4] wird gut sichtbar, wie mit der Einführung des Screenings die Fallzahlen von 2007 bis 2008 plötzlich um 20% nach oben schnellen. Ganz offensichtlich handelte es sich um Überdiagnosen, die durch das Screening hervorgerufen wurden. Wie gesagt – ohne dass sich die Mortalität dabei verändern würde. Anscheinend versagt das Hautkrebs-Screening auf der ganzen Linie.

«Gefahr» Hautkrebs

Nachdem wir uns angesehen haben, was sich in puncto Hautkrebs-Screening sozusagen auf höchster Ebene in Deutschland abgespielt hat, werfen wir zum Abschluss doch mal einen Blick darauf, welche «Gefahr» der Hautkrebs eigentlich darstellt: Weisser Hautkrebs ist praktisch harmlos. Er metastasiert nicht. Deutschland ist auch das einzige Land auf der Welt, das weissen Hautkrebs überhaupt im Krebsregister führt. Der schwarze Hautkrebs (malignes Melanom), der eigentlich die einzige echte Gefahr aus dem Lager des Hautkrebses darstellt, ist eine eher seltene Krankheit. In Deutschland gibt es etwa 14 (seit Einführung des Hautkrebs-Screenings etwa 17) Neuerkrankungen pro Jahr und 100.000 Einwohnern. In Australien liegt die Zahl bei 54 Fällen pro 100.000. Also fast viermal höher als in Deutschland. Dennoch leistet sich Australien kein Hautkrebs-Screening. Tatsächlich ist Deutschland das einzige Land der Welt mit einem Hautkrebs-Screening. Dabei gibt es bisher keine wissenschaftliche Studie von guter Qualität, die den Nützlichkeitsnachweis wirklich erbracht hätte. ***(tk)***

Quellen:
Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018
1. kbv.de, Interessenvertretung
2. faz.net, Geschäftsmodell Todesangst, 20.12.2014
3. krebsdaten.de/Robert Koch Institut
4. dgho-onkopedia.de

Beispiel 4: Eierstockkrebs



Das Untersuchen der Eierstöcke per Ultraschall ist in Deutschland eine Kassenleistung, wenn Schmerzen oder weitere Verdachtsmomente bestehen, die auf eine Erkrankung der Eierstöcke hinweisen. Zur Früherkennung von Eierstockkrebs bei symptomlosen Frauen ist die Massnahme hingegen eine «IGeL-Leistung». Eine Individuelle Gesundheitsleistung, die von den Frauen privat bezahlt werden muss. Und das aus gutem Grund. Grosse Studien haben nämlich ergeben, dass diese Technik nicht nur eine extrem schlechte Spezifität (Richtig-negativ-Rate) aufweist (ein Drittel der Tumoren wird nicht entdeckt), sodass hier also fälschlicherweise Entwarnung gegeben wird. Sondern auch eine sehr schlechte Sensitivität (Richtig-positiv-Rate): Nur ein Bruchteil der mit der Diagnose-Methode «entdeckten Verdachtsfälle» stellt sich beim weiteren Abklären tatsächlich als Krebs heraus. Hier werden also massig «falsch negative» und «falsch positive» Diagnosen gestellt. Das sind die Ergebnisse der grössten Studie zum Thema: Es handelt sich um die amerikanische PLCO-Studie («Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial») [1], in der unter anderem 68.000 Frauen zwischen 55 und 74 Jahren in zwei Gruppen eingeteilt wurden.

Die Frauen der Untersuchungsgruppe wurden jedes Jahr per transvaginalem Ultraschall auf Eierstockkrebs hin untersucht. Zusätzlich wurde ein Tumormarker im Blut überprüft. Die andere Hälfte der Frauen erhielt die konventionelle medizinische Betreuung ohne entsprechende Früherkennungsmedizin. Die Studie lief 13 Jahre. Das Ergebnis: In der Früherkennungsgruppe mit Ultraschall-Screening starben 118 Frauen an Eierstockkrebs. In der Gruppe ohne Überwachung waren es nur 100. Es starben mehr Frauen in der Screening-Gruppe!

Die Wissenschaftler erklärten, aus den Zahlen lasse sich nicht ableiten, dass die Ultraschalluntersuchung und die eventuell sich anschliessende Behandlung Frauen umbringe. Die Differenz erreiche keine statistische Signifikanz. Aber dass diese Untersuchung als Screening-Massnahme nicht dazu geeignet ist, Leben zu retten, gilt seitdem in der wissenschaftlichen Fachwelt als unbestritten. Doch das ist nur die erste Hälfte des Ergebnisses. Es kommt noch schlimmer: Weil die Methode in der Gruppe der untersuchten Frauen so viele Verdachtsmomente ergab, entfernten die Ärzte bei 1292 Frauen in der Vorsorgegruppe zumindest einen Eierstock – mit allen

Leiden und Risiken, die eine solche Operation mit sich bringt.

Grosszahl der Frauen sinnlos sterilisiert

Wie viele der 1292 Frauen, die infolge der vaginalen Ultraschall-Untersuchung zumindest einen Eierstock herausoperiert bekamen, hatten tatsächlich Krebs? Es waren 212. Bei 1.080 Frauen hatte man die Eierstöcke überflüssigerweise entfernt. Sind beide Eierstöcke betroffen, so bedeutet das für Frauen vor der Menopause de facto eine Sterilisation. Dann werden durch den Eingriff in der Regel noch massive Wechseljahrsbeschwerden und Depressionen ausgelöst. Und auch noch nach der Menopause sind Eierstöcke ein Organ mit endokriner Funktion. Das heisst, sie geben Stoffe in den Körper ab, die für Gesundheit und Wohlbefinden von grösster Wichtigkeit sein können. Sehr viele Frauen erleben die Entfernung ihrer Eierstöcke als schlimmen Verlust. [2] Und wohl gemerkt: Trotz der 212 in der Untersuchungsgruppe tatsächlich entdeckten Krebsfälle starben in der Untersuchungsgruppe mehr Frauen an Krebs und nicht weniger. Einmal mehr der Hinweis, dass das Mantra der Früherkennungsfreunde «Früh erkannt, Gefahr gebannt» weit entfernt ist von der immer wieder behaupteten Allgemeingültigkeit. Ein derartiges Screening bei symptomlosen Frauen richtet darüber hinaus bei fünf von sechs Frauen, bei denen sich ein Verdacht ergibt, definitiv einen sinnlosen Schaden an. Weil sie gar keinen Tumor am Eierstock haben. Warum dürfen die Gynäkologen das hierzulande immer noch anbieten? Eigentlich unfassbar.

Profit vor Patientennutzen

Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen machte im Jahr 2012 eine repräsentative Untersuchung. In Web-Auftritten von 157 gynäkologischen Praxen (etwa ein Viertel aller entsprechenden Praxen in NRW) suchte sie nach Hinweisen, wie dort mit der Ultraschall-Untersuchung für Eierstockkrebs umgegangen wird. [3] Das Ergebnis macht betroffen. Etwa 40% der Praxen empfahlen diese allem Anschein nach schädliche Leistung vollkommen unverfroren. Auf der Website der Verbraucherzentrale hiess es: «Da wurde die Ultraschalluntersuchung als ‹wunderbare Möglichkeit› angepriesen, um ‹Zysten und Tumore rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln, was die Heilungschancen bei bösartigen Veränderungen zu einem hohen Prozentsatz erhöhe›. Mal steigerte die ‹medizinisch sinnvolle Zusatzleistung die Aussagekraft der Krebsvorsorge erheblich›, mal prognostizierte ein Webauftritt, dass ‹krankhafte Veränderungen in rund 70 Prozent aller Fälle früher als mit der üblichen Tastuntersuchung zu erkennen› seien. Eine andere Webseite berief sich darauf, dass erfahrene Gynäkologen weltweit ‹diese Untersuchung nicht nur empfehlen, sondern für dringend erforderlich halten›. Ein Düsseldorfer Frauenarzt log seine Kundinnen auf seiner Praxis-Homepage frech an und behauptete, dass der Sinn der Zusatzleistung ‹durch wissenschaftliche Studien belegt› sei.»

40 Prozent der Praxen preisen also ein Verfahren an, dessen Durchführung eigentlich wegen versuchter Körperverletzung mit einer Gefängnisstrafe geahndet werden könnte. Angesichts dieses zynischen Umgangs dieser Ärzte mit den Frauen, die sich vertrauensvoll in ihre Hände begeben, ist es erstaunlich, dass der Beruf des Arztes oder der Ärztin in Deutschland weiterhin das höchste Sozialprestige geniesst (siehe S.5). *(tk)*





In seinem Buch «Krank durch Früherkennung: Warum Vorsorgeuntersuchungen unserer Gesundheit oft mehr schaden als nutzen» spricht der mehrfach ausgezeichnete Wissenschaftsjournalist und Bestsellerautor Frank Wittig über Sinn und Unsinn aller einschlägigen Screening-Massnahmen, von der Mammografie über die Hautkrebs-Früherkennung bis zur Darmspiegelung. Er berichtet von absurden, komischen und bewegenden Erlebnissen im Zuge seiner Recherchen und belegt, dass die medizinische Früherkennung ein profitgetriebener Industriezweig ist, der in erster Linie den Ärzten und der Pharmaindustrie nutzt und die Patienten oft nicht gesünder macht.




Quellen:

Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018
1. sueddeutsche.de, Krank getestet, 15.01.2015
2. Edith Schuligoi, Frauenkastration - Leben nach dem Verlust von Gebärmutter und Eierstöcken: Ein Buch für Frauen, ihre Partner und begleitende Fachpersonen, Edition Riedenburg, 2013
3. cleankids.de, Nutzloser Ultraschall zur Krebsfrüherkennung: Werbeversprechen von Frauenarztpraxen abgemahnt, 24.05.2012

Ergebnis einer der grössten Studien zur Eierstockkrebs-Vorsorge:

U.a. wurden darin 68.000 Frauen zwischen 55 und 74 in zwei Gruppen (mit und ohne Screening) eingeteilt.

In der Früherkennungsgruppe **starben 118 Frauen** «an» Eierstockkrebs.

In der Gruppe ohne Screening waren es nur 100.



Es starben mehr Frauen in der Screening-Gruppe!

1.080 Frauen in der Screening-Gruppe hatte man die Eierstöcke überflüssigerweise entfernt. (1)

Dass diese Screening-Massnahme nicht dazu geeignet ist, Leben zu retten, gilt seitdem in der wissenschaftlichen Fachwelt als unbestritten.

Trotzdem wurde die Massnahme laut der Verbraucherzentrale NRW im Jahr 2012 von 40% der gynäkologischen Praxen in NRW empfohlen. (2)

Quellen:
1. sueddeutsche.de, Krank getestet, 15.01.2015
2. cleankids.de, Nutzloser Ultraschall zur Krebsfrüherkennung: Werbeversprechen von Frauenarztpraxen abgemahnt, 24.05.2012

Beispiel 5: Gebärmutterhalskrebs



Foto: Shutterstock/Iryna Inshyna

Beim PAP-Test werden mit einem Spatel oder einer Bürste Zellabstriche vom Gebärmutterhals und dem Muttermund genommen. Die Abstriche werden unter dem Mikroskop auf Veränderungen hin untersucht.

Im Jahr 2016 erkrankten etwa 4.380 Frauen von rund 40 Millionen Frauen in Deutschland an Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom). Für etwa ein Drittel davon verlief die Krankheit tödlich. Damit stand das Zervixkarzinom in der Rangfolge der krebsbedingten Todesursachen auf Platz 12. [1]

Beim PAP-Test (so benannt nach dem griechischen Arzt Dr. George Papanicolaou, der den Test schon vor über 80 Jahren entwickelte) werden mit einem Spatel oder einer Bürste Zellabstriche vom Gebärmutterhals und dem Muttermund genommen. Die Abstriche werden unter dem Mikroskop auf Veränderungen hin untersucht.

Der PAP-Test unterscheidet fünf verschiedenen schwere Grade der Zellveränderung. PAP I ist ein normaler Befund, PAP V bedeutet Krebs. Der Grund für diese Veränderungen liegt laut Schulmedizin zumeist in einer Infektion mit Humanen Papillomviren (HPV). Etwa 80% aller Frauen würden sich im Laufe ihres Lebens bei sexuellen Kontakten mit diesen Viren anstecken. Demzufolge ergeben sich auch bei etwa 80% der untersuchten Frauen irgendwann einmal auffällige PAP-Befunde, deren weitere Entwicklung in der Regel engmaschig überprüft wird. Meist empfehlen die Gynäkologen nach einem Jahr ohne Besserung ab PAP-Stufe III D, spätestens aber ab PAP IV eine Entfernung des Gewebes durch eine sogenannte Konisation. Ein «kleiner Eingriff» am Gebärmuttermund, bei dem ein kegelförmiger Gewebeschnitt mit den veränderten Zellen entnommen wird. Damit sei die Gefahr gebannt.

Das klingt alles sehr überschaubar und rational: Ein kleiner harmloser Eingriff (Konisation) und die Krebsgefahr ist gebannt. Was sollte an dieser Früherkennungsmedizin, die sogar das Potenzial hat, Krebserkrankungen zu verhindern, falsch sein? Prof. Ingrid Mühlhauser, die an der Universität Hamburg Gesundheitswissenschaften lehrt, prangert die negativen Seiten des PAP-Tests dennoch seit vielen Jahren an, zumindest bezüglich der Praxis des PAP-Tests, wie sie in Deutschland geübt wird: nämlich inflationär.

Deutsche Gynäkologen sind «PAP-hyperaktiv»

In anderen europäischen Ländern wird der medizinischen Tatsache Rechnung getragen, dass sich bei jungen Frauen häufig auffällige Befunde ergeben. In der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle bilden sich diese Befunde allerdings in einem Zeitraum von zwei bis drei Jahren wieder zurück. Deutsche Gynäkologen greifen jedoch oft sehr schnell zum Skalpell, wenn sie eine Gewebeveränderung entdecken und sie diese nach einem Jahr immer noch nachweisen können. Dabei herrscht eigentlich kein Grund zu übertriebener Eile:



Ein weiterer Geschäftszweig auf Kosten der Patientinnen? U.a. fast 3.000 japanische Frauen waren anscheinend wegen Nebenwirkungen von HPV-Impfstoffen («Humane Papillomaviren» (HPV), die angeblich Gebärmutterhalskrebs auslösen sollen) dauerhaft erkrankt und bedurften einer ständigen medizinischen Versorgung. Es handelte sich dabei um die Impfstoffe «Gardasil» von Merck und «Cervarix» von Glaxosmithkline.

Quelle: japantimes.co.jp, Suit opens in Tokyo court over cervical cancer vaccine side effects, 13.02.2017

Bis sich aus einer Dysplasie, also aus Zellveränderungen, ein Karzinom (Krebs) entwickelt, dauert es im Schnitt mehr als zehn Jahre. Prof. Mühlhauser schätzt, dass die Konisation in Deutschland etwa 140.000 Mal pro Jahr durchgeführt wird. [2] Das liegt um den Faktor 32 über der Zahl der Gebärmutterhalskrebserkrankungen, die in Deutschland auftreten und um den Faktor 90 über der Zahl der Frauen, die daran sterben. Da scheint etwas am Verhältnis nicht zu stimmen. Hier haben wir wieder das Problem: Früherkennung produziert massenweise sinnlose präventive Eingriffe, und das ohne einen positiven Effekt. Denn im europäischen Vergleich der Zervixkarzinom-Mortalität nimmt Deutschland trotz der PAP-Hyperaktivität unserer Gynäkologen nur einen mittleren Platz ein. [3] Mit dem engmaschigen PAP-Aktionismus deutscher Gynäkologen werden aber vor allem junge Frauen durch Früherkennung krank gemacht. Und ganz nebenbei zu Sexualneurotikern: Denn bei jedem Geschlechtsverkehr «fährt» die Angst vor Ansteckung mit. Die Devise lautet: Viel untersuchen und dann nicht zu lange warten, dass uns bloss kein «problematischer Befund» durch die Lappen geht.

Zum selben kritischen Ergebnis kam übrigens auch schon vor 15 Jahren eine Studie, die vom Deutschen Gesundheitsministerium in Auftrag gegeben wurde. Eine Untersuchung, die die internationale Studienlage scannen sollte, um ein optimales Intervall für den PAP-Test zu finden. Schon diese Studie kritisierte die gängige deutsche Praxis scharf. In dem Papier heisst es: «Die zwei Hauptgründe für die hohe Ineffizienz [des einjährigen Untersuchungsintervalls] sind die hohen Kosten für die hohe Anzahl der erforderlichen Screeningtests und die Kosten der Behandlung von entdeckten Dysplasien [Gewebeveränderungen], die vor dem nächsten Screening verschwunden wären, würde ein längeres Untersuchungsintervall angewendet.» [4] Hier geht es um hunderttausende überflüssige chirurgische Eingriffe an Frauen. Hier geht es um grundlose Körperverletzung. Deutsche Gynäkologen verstümmeln sinnlos eine grosse Zahl der Frauen, die sich ihnen vertrauensvoll ausliefern. Ist es nicht unfassbar, welche «Freiheiten» sich Mediziner in Deutschland herausnehmen dürfen?

Gebärmutterhalskrebs: Eingriffe vs. Fallzahlen

Die Konisation ist ein medizinischer Eingriff am Gebärmuttermund, bei dem ein kegelförmiger Gewebeschnitt mit den veränderten Gebärmutterhalskrebs-Zellen entnommen wird. Damit sei die Krebsgefahr gebannt.

Dieser von Ärzten gerne als «harmlos» bezeichnete Eingriff ist nicht unproblematisch. Es kann u.a. zu schweren Blutungen, Verletzungen des Mastdarms, Infektionen und sogar Unfruchtbarkeit kommen.

Die «harmlose» Konisation wird in Deutschland etwa 140.000 Mal pro Jahr durchgeführt.

Gleichzeitig erkranken pro Jahr gerade mal ca. 4.400 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Die Durchführung der Konisation liegt um den Faktor 32 über der Zahl der Gebärmutterhalskrebserkrankungen.

Hier stimmt etwas mit den Verhältnissen nicht – und zwar ganz gewaltig!

Anmerkung: Wer jetzt denkt, die Konisation würde eben dazu führen, dass weniger Fälle von Gebärmutterhalskrebs auftreten, liegt schlicht falsch. Seit zwei Jahrzehnten stagniert die Zahl der Gebärmutterhalskrebs-Fälle in Deutschland. In Ländern, wo die Konisation nicht durchgeführt wird, unterscheiden sich die Zahlen auch kaum von Ländern, in denen sie durchgeführt wird. Wie ist diese hohe Anzahl an Eingriffen in Deutschland zu rechtfertigen?



140.000

Quellen:
deutschlandfunk.de, Vorsorge mit Risiken?, 18.03.2008
krebsgesellschaft.de; Gebärmutterhalskrebs, Zervixkarzinom; 14.05.2018

Konisation – Eingriff mit Nebenwirkungen

Prof. Ingrid Mühlhauser weist darauf hin, dass die Konisation kein unproblematischer Eingriff ist. [5] Bei etwa vier von 100 Eingriffen, die in der Regel unter Vollnarkose durchgeführt werden, kommt es zu Komplikationen: Am häufigsten treten dabei schwere Blutungen, Verletzungen des Mastdarms oder der Blase sowie Infektionen auf. Auch ein Verschluss des Gebärmutterhalses kann entstehen. Die Folge ist dann ungewollte «Empfängnisverhütung». Selbst wenn sich zunächst keine Komplikationen ergeben, kann die operative Verkürzung des Gebärmutterhalses für Probleme sorgen. Während der Schwangerschaft steigt das Risiko von verfrühten Wehen, Frühgeburten und Neugeborenen, die intensivmedizinisch versorgt werden müssen. Diese Risiken bestehen. Das Auftreten der Komplikationen wird aber nicht systematisch erfasst, kritisiert Frau Prof. Mühlhauser: «Hier wird hunderttausendfach jährlich ein chirurgischer Eingriff durchgeführt, ohne dass das bisher mit einer vernünftigen Qualitätssicherung begleitet worden wäre.» ***(tk)***





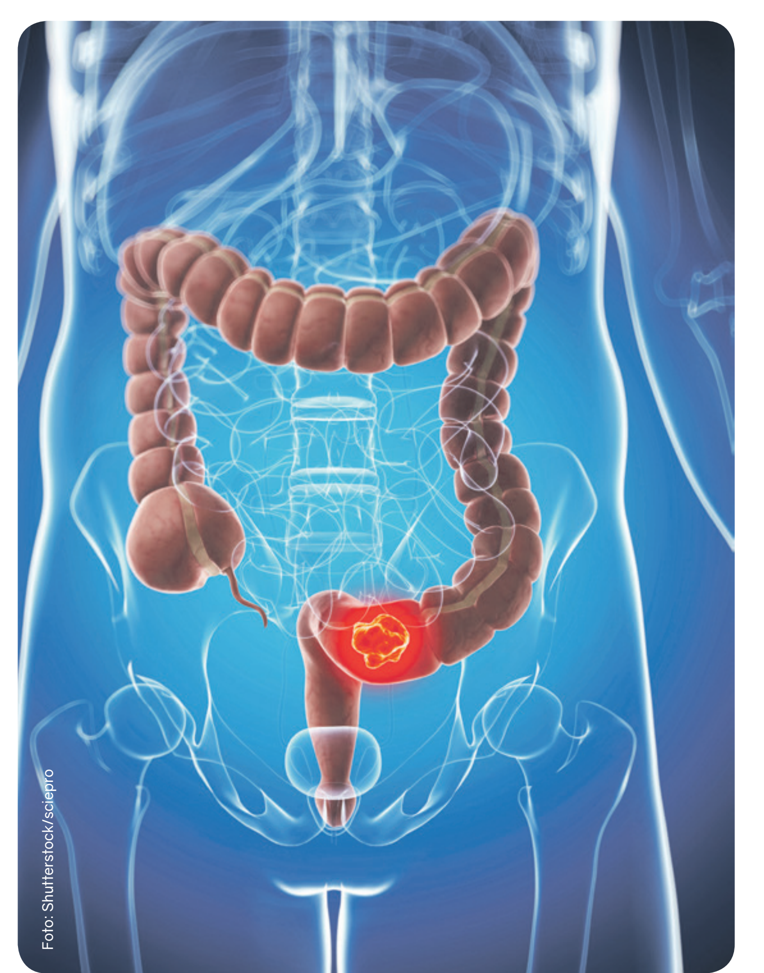
Quellen:

Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018

1. krebsdaten.de, Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)
2. deutschlandfunk.de, Vorsorge mit Risiken?, 18.03.2008
3. bundesgesundheitsministerium.de, Ziel 2a - Weiterentwicklung der Gebärmutterhals-Krebsfrüherkennung
4. W. Frank, B. Konta, C. Peters-Engel: «PAP-Test zum Screening auf Zervixkarzinom», Informationssystem Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, 205, S. 30 f.
5. brigitte.de, Gebärmutterhalskrebs: Vorsorge in der Kritik

Beispiel 6: Darmkrebsvorsorge

Werfen wir einen Blick auf die Studienlage zur anerkanntesten Methode der Darmkrebsfrüherkennung, der Darmspiegelung: Bis vor kurzem kamen die wohl besten Daten zum Nutzen durch die Darmspiegelung von der amerikanischen PLCO-Studie, die auch schon bei der Bewertung der Eierstockkrebs-Früherkennung angeführt wurde (siehe S.68 f.). Insgesamt etwa 150.000 Teilnehmer sind schon eine ganz ordentliche statistische Basis. Die Hälfte der Teilnehmer hat sich der sogenannten Sigmoidoskopie unterzogen, die andere Hälfte hatte keine Darmspiegelung. Die Sigmoidoskopie ist eine kleine Darmspiegelung, bei der nur die letzten 40 Zentimeter des Dickdarms untersucht werden, die Strecke vom Anus bis zur ersten «Abbiegung» des Dickdarms im Oberbauch. Beim deutschen Screening auf Darmkrebs wird hingegen eine Koloskopie durchgeführt, also die Spiegelung des ganzen Dickdarms mit einem flexiblen Endoskop. Es ist bekannt, dass im Darmabschnitt, der mit einer Sigmoidoskopie erfasst wird, etwa zwei Drittel der Dickdarmtumoren entstehen. So lässt sich die Zahl der Geretteten aus der amerikanischen Studie etwa mit dem Faktor 1,5 multiplizieren und wir dürften grob die Zahlen erhalten, die für die deutsche Spiegelung zutreffen sollten.


Foto: Shutterstock/sciepro

Der Nutzen: 50 Prozent oder 1 Promille?

Die Nachbeobachtungszeit bei der PLCO-Studie betrug zehn Jahre. Nach der Auswertung der Studie verkündeten die Wissenschaftler, dass durch die «kleine Darmspiegelung» (Sigmoidoskopie) die Mortalität durch Krebs im unteren Darmabschnitt in der Screening-Gruppe im Vergleich mit der Gruppe ohne diese Untersuchung um 50 Prozent gesenkt werde. Das hört sich nach einem bedeutenden Erfolg an, aber es handelt sich wieder um das irreführende Spiel mit den relativen Zahlen (siehe S.40 f.). Absolut sah das Ergebnis folgendermassen aus: Von 1000 Studienteilnehmern, die sich der Früherkennung unterzogen, erkrankten sechs Personen an Krebs im unteren Darmabschnitt und eine Person verstarb daran. In der Kontrollgruppe ohne die Spiegelung erkrankten neun Personen und zwei verstarben an diesem Krebs. Eine Reduktion von zwei auf eins also. Tatsächlich eine 50-prozentige Reduktion der Mortalität. Leider nur relativ zwischen den Gruppen. Absolut wurde jedoch nur eine von 1000 Personen durch die kleine Darmspiegelung gerettet. ***(tk)***

Quelle: Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018







Kampagne der Felix-Burda-Stiftung für das Darmkrebs-Screening.

Auf einen Blick

- **Die Deutsche Krebsgesellschaft (grösste onkologische Fachgesellschaft in Deutschland) nennt auf ihrer Webseite «Allerweltssymptome» wie Heiserkeit und Hustenreiz als Anzeichen für Schilddrüsenkrebs, um den Lesern daraufhin eine Vorsorgeuntersuchung nahezulegen.**
- **Im Jahr 2010 starben in Deutschland 275 Männer und 431 Frauen von über 80 Millionen Einwohnern an Schilddrüsenkrebs. Epidemiologisch nahezu irrelevant. Trotzdem wird mit diesen Zahlen Panik geschürt.**
- **«Krebsgeschwüre» an der Schilddrüse sind ein normales Phänomen. In etwa 30% der Fälle findet man sie. Bei einer Vorsorgeuntersuchung werden diese meist als Schilddrüsenkrebs «erkannt» und behandelt, obwohl nur jedes 200. Geschwür jemals zu einem ernsthaften Problem werden würde.**
- **Die Zunahme von Schilddrüsenkrebs in Deutschland lässt sich mal wieder durch einen Anstieg der Vorsorgeuntersuchungen erklären. Einige tausend Deutsche sind in den letzten Jahren unnötig zu Krebspatienten geworden.**

Beispiel 7: Schilddrüsenkrebs

Die Deutsche Krebsgesellschaft (grösste onkologische Fachgesellschaft in Deutschland) zeigt bei der Ermutigung zur Früherkennung des Schilddrüsenkrebses echte Marketingqualitäten. Als Hinweise auf das Vorhandensein eines Schilddrüsenkrebses wertet sie auf ihrer Website unter anderem Schluckbeschwerden, Heiserkeit und Hustenreiz. Das sind drei von sechs Symptomen, die von der Krebsgesellschaft allen Ernstes als Warnsignale für Schilddrüsenkrebs gehandelt werden. Diese «Allerweltsbeschwerden» können aber bei jeder kleinen Erkältung oder Halsentzündung auftreten. Wieder einmal ein Beispiel dafür, wie ein Lobbyverein die Panik-Trommel rührt, um möglichst viele verängstigte Bürger in die Mühlen der Krebsmedizin zu scheuchen.

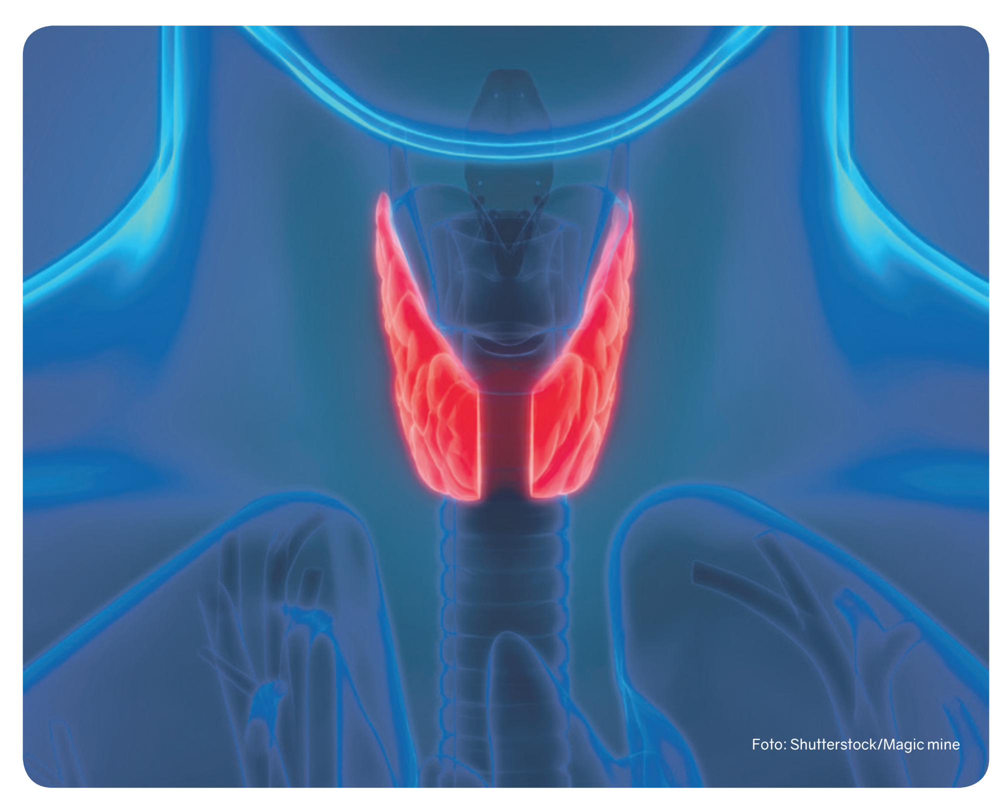
«Achten Sie deshalb auf die Alarmsignale Ihres Körpers und suchen Sie so rasch wie möglich Ihren Arzt auf! Nur er kann entscheiden, ob die Beschwerden von gutartigen oder bösartigen Veränderungen der Schilddrüse herrühren oder aber ganz andere Ursachen haben. Schieben Sie den Arztbesuch keinesfalls vor sich her! Denn: Wird Schilddrüsenkrebs frühzeitig erkannt, sind die Heilungschancen sehr gut!», rät die Krebsgesellschaft den «Betroffenen». [1]

Mit Atombomben auf Spatzen schiessen

Schauen wir zunächst, wie gefährlich/verbreitet Schilddrüsenkrebs eigentlich ist. Im Jahr 2010 starben in Deutschland 275 Männer und 431 Frauen an Schilddrüsenkrebs. Epidemiologisch ist das in einem Land mit über 80 Millionen Einwohnern eine winzige Zahl. Folgerichtig gibt es auch kein allgemeines Screening, das etwa von der Kasse bezahlt würde. Ein allgemeines Screening könnte man bei diesen Verhältnissen wirklich nur als «mit Atombomben auf Spatzen schiessen» bezeichnen. Doch was tut die Krebsgesellschaft? Sie rät zu dieser Untersuchung, wenn Symptome auftauchen, die in Deutschland bei Bagatellerkrankungen jedes Jahr millionenfach auftreten. An Krebsangst leiden viele Menschen. Was, wenn sie dem Rat der Deutschen Krebsgesellschaft folgen und diese Symptome beim Arzt «abklären» lassen? Das wäre ziemlich gefährlich.

Denn was würde ein Arzt finden, wenn er diese «Krebspatienten in spe» gründlich an der Schilddrüse untersuchen würde? Mit etwa 30-prozentiger Sicherheit würde er ein Krebsgeschwür finden. Warum denn das? Weil in Europa etwa 30 Prozent der erwachsenen Bevölkerung Krebsknoten in der Schilddrüse haben. Das weiss man unter anderem aus Obduktionsstudien an Verstorbenen. [2] Ein weiteres Beispiel dafür, dass Krebs bei weitem nicht der «Killer» zu sein scheint, als der er oft von den Medien dargestellt wird. Beim Prostatakarzinom wird nur etwa jedes 20. bis 30. Geschwür im Laufe des Lebens der Betroffenen tatsächlich zu einem ernsten Problem. Im Falle des Schilddrüsenkrebses ist es sogar nur etwa jedes 200..

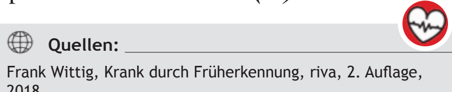
Doch wenn man der Statistik des Krebsregisters Glauben schenkt, dann hat die Zahl der Fälle von Schilddrüsenkrebs in den letzten 15 Jahren in Deutschland (und auch in den meisten anderen Industrieländern) scheinbar dramatisch zugenommen. Es lässt sich ahnen, was passiert ist: Durch die Zunahme von Vorsorgeuntersuchungen


Foto: Shutterstock/Magic mine



sind einige tausend Deutsche in den letzten Jahren unnötig zu Krebspatientinnen und Krebspatienten geworden. Unnötig, weil sich diese Jagd auf die Karzinome nicht in einer Verringerung der Todesfälle niedergeschlagen hat.

Von wegen: «Wird Schilddrüsenkrebs frühzeitig erkannt, sind die Heilungschancen sehr gut!» (Deutsche Krebsgesellschaft) Die Statistik zeigt: Bösartige Tumore sind lebensgefährlich. Daran ändert auch die Früherkennung nichts. Weniger gefährliche Varianten lassen sich ganz offensichtlich auch noch gut behandeln, wenn sie später erkannt werden. ***(tk)***



Quellen:

Frank Wittig, Krank durch Früherkennung, riva, 2. Auflage, 2018

1.http://www.http.com/%20/www.krebsgesellschaft.de/onko%20internetportal/basis%20informationen%20krebs/krebsarten/schilddruesenkrebs/frueherkennungundvorsorge.html

2. H. Bertelsmann, M. Blettner: «Epidemiologie und Risikofaktoren für Schilddrüsenkrebs», AG Epidemiologie und Medizinische Statistik der Universität Bielefeld



Die Behauptung «Jede dritte Schilddrüse ist krank» auf der Webseite der «DS Screening Deutschland GmbH» ist absolut irreführend. Nur weil 30 Prozent der erwachsenen Bevölkerung Krebsknoten in der Schilddrüse haben, werden diese dadurch nicht «krank». Nur jedes 200. Karzinom entwickelt sich zu einem ernsthaften Problem. Damit ist das Risiko von Schilddrüsenkrebs verschwindend gering. Kann man bei solch manipulativen Aussagen nicht schon von Betrug sprechen?

«Krebs ist krank, selten, unnormal und gefährlich, da müssen wir sofort handeln und chemotherapieren, sonst sterben wir. Meines Wissens ist das falsch. Meines Wissens haben wir alle Krebs, und zwar ständig. Das unkontrollierte Wachstum und Teilungsprogramm entarteter Zellen ist im menschlichen Körper kein Ausnahmezustand, sondern kommt ständig vor, Zellen entarten aufgrund von ‹Kopierfehlern›, und manche entziehen sich der Apoptose, dem programmierten Tod – allerdings entziehen diese Zellen sich eben meist nur temporär, weil das Immunsystem die Störenfriede mehr oder weniger rasch findet, eliminiert und entsorgt oder sie für immer wegsperrt, wenn es sie nicht rückstandslos verstoffwechseln kann. Aber von diesem Vorgang erhalten wir keine Kenntnis, denn unsere Körper machen nun mal ihren Job, weil sie das können, und behelligen uns nicht mit gutartigen Petitessen. Das wäre auch verantwortungslos, denn wieso sollten unsere Körper unser Bewusstsein wegen ganz alltäglicher Vorgänge in Panik versetzen? Diesen Umstand machen wir uns allerdings zu selten klar, wie gewünscht. Denn das Eingeständnis, dass unsere Körper ihren Job beherrschen, wäre für die Krankheitsindustrie extrem geschäftsschädigend. Daher schweigt sie zu den alltäglichen Wundern, verbessert ständig ihre Lupen – und ‹erwischt› unsere Körper immer öfter bei der Arbeit. Also auch bei der Arbeit mit Krebszellen. Das Ergebnis ist, dass inzwischen fast jeder Zweite im Lauf seines Lebens eine Krebsdiagnose erhält und die Zahl der neuen Befunde stetig zunimmt: Zurzeit erhalten etwa eine halbe Million Deutsche im Jahr eine Krebsdiagnose, das sind 70.000 bis 80.000 mehr als noch vor zehn Jahren. Die Zeichen stehen dabei weiter auf Wachstum, man erwartet sensationelle 20 Prozent mehr bis 2030, die WHO rechnet gar weltweit mit 70 Prozent Zuwachs bis 2035, also mit 25 Millionen zusätzlicher Fälle pro Jahr. Die Industrie muss hier, in Sachen Krebs, tatsächlich keine neue Krankheit erfinden, sondern nur einen in etlichen Fällen wohl folgenlosen Vorgang für krank und generell behandlungsbedürftig erklären.»

Sven Böttcher, deutscher Schriftsteller und Journalist

Quelle: Sven Böttcher, Rette sich, wer kann: Das Krankensystem meiden und gesund bleiben, Westend Verlag, 11.02.2019

In Sachen Krebs-Früherkennung zeigen viele Studien eine ernüchternde Nutzen-Schadens-Bilanz auf, was die berechtigte Frage aufwirft, mit welcher Rechtfertigung so manche Massnahme immer noch grossflächig durchgeführt wird. Ein grosser Teil der Befunde bei Krebs-Vorsorgeuntersuchungen führt zu unnötigen Behandlungen. Frauen und Männer werden durch das Screening sinnlos zu Krebspatienten. In den letzten Jahrzehnten wurden (wahrscheinlich Dutzende) Millionen Diagnostizierter unnötigerweise quälenden schulmedizinischen Therapieprogrammen unterzogen. Durch sogenannte Überdiagnosen werden «Tumore» gefunden, die niemals zu behandlungsbedürftigen Symptomen geführt hätten. Millionen Screening-Teilnehmer wurden/werden mit einer psychisch schwer belastenden Diagnose konfrontiert und im Anschluss schulmedizinisch behandelt: Operationen, Strahlungstherapien, Chemotherapien. All das, um einen Zustand zu kurieren, der im Moment der Diagnose nicht als Krankheit zu bezeichnen war und wahrscheinlich nie zu einer Krankheit geführt hätte. Das Phänomen «Überdiagnose» erklärt auch, warum die Anzahl der diagnostizierten Krebsfälle mit der Einführung eines Screenings fast immer dramatisch ansteigt – ohne gesundheitlichen Nutzen für die Diagnostizierten. Wer suchet, der findet!

Zahlreiche Studien zeigen auf, dass durch Screenings (allgemein wie auch für Krebs) kein Vorteil für das Gesamtüberleben der Patienten entsteht. Manche stellen sogar heraus, dass das Screening die Lebenszeit der Probanden verkürzte. Härter ausgedrückt: Patienten wurden laut diesen Studien durch das Screening umgebracht! Screening-Teilnehmer werden gemäss dieser Studien nicht nur vielfach sinnlos behandelt, sie verschwenden zudem noch ihre Zeit und müssen sich schon beim Screening unnötigen Torturen unterwerfen: Psychischer Druck, Schmerzen, entzündetes Gewebe durch die Biopsie, Verletzungen durch Vorsorge-Eingriffe wie die Konisation und vieles mehr. Manche Studien zeigen obendrein, dass bestimmte Vorsorge-Massnahmen Krebs erst hervorrufen können: Jeder Kontakt mit dem Tumor durch Abtasten, Biopsie oder Konisation könnte zu Metastasen führen. Die ionisierenden Röntgenstrahlen könnten zur Beschädigung der DNA beitragen und Krebs auslösen. Der Verdacht besteht durchaus, die Screenings würden die Entwicklung von Krebs sogar fördern, womit Onkologen durch Vorsorgeuntersuchungen ihren Kundenkreis auf perfide Weise ausweiten würden.

Der einzige erkennbare Profiteur der Krebs-Vorsorge scheint die Pharma- und Medizinbranche zu sein. Normalerweise tragen die Krankenkassen die Kosten für Screenings, weshalb jedes Jahr horrende Summen von den Krankenversicherten ab- und der Früherkennung zufliessen. Ein gigantisches Geschäft mit oft schlimmen Folgen für die Behandelten! *(tk)*

Überdiagnose

Millionen Menschen werden mit einer falschen Diagnose behandelt.

Ein Milliardengeschäft, was für unnötig behandelte Patienten sinnlose Torturen bedeutet.



Foto: Envato Elements

Auf einen Blick

- **Grobe wissenschaftliche Mängel in Zulassungsstudien zu schulmedizinischen Krebstherapien: Sehr oft keinerlei Aussagekraft über Nutzen einer Behandlung.**
- **(Teilweise immer noch mangelhafte) Studien mit grösserer Aussagekraft zeigen Verlängerung der Lebenszeit um maximal einige Monate auf. Manchmal auch keinerlei Effekt zu erkennen oder sogar eine Verkürzung der Lebenszeit.**
- **Chemotherapie, Strahlentherapie und Operation basieren auf Zerstörung/Reduzierung des Tumors. Die Schwächung des Tumors ist in der Schulmedizin der wichtigste Erfolgsbeweis. Offenbar wird vor allem der Tumor bekämpft, anstatt den Patienten ganzheitlich zu behandeln.**
- **Mit schulmedizinischer Behandlung laut Studien einhergehend: Schwächung des Immunsystems, Resistenz des Tumors gegen die Therapie, krebsfördernder Stress, häufig Infektionen mit Krankenhauskeimen, Metastasen, schlimme Folgebeschwerden und vieles mehr.**
- **Der Spiegel betitelte die Chemotherapie 2004 als «Giftkur ohne Nutzen».**

Chemotherapie & Co.: Trügerische Zulassungsstudien

Wie bereits erläutert (siehe S.4 f.), führt weder bei schulmedizinischen noch alternativen Ärzten ein Weg daran vorbei, die vorgeschlagene Therapie kritisch zu hinterfragen. Die Fragen müssen lauten: Welche Erfolge haben Sie persönlich bei dieser Art der Erkrankung mit diesem Medikament bzw. dieser Methode erreicht? Wo sind die Statistiken und Studien? Haben Sie diese Ergebnisse schriftlich? Wer sich hier mit wenigen Worten abspeisen lässt, spielt mit seinem Leben.

Seit rund 60 Jahren wird die Chemotherapie als Heilmittel bei Krebs durch die Schulmedizin und Pharmaindustrie propagiert. Dabei werden Zytostatika eingesetzt. Solche Medikamente hindern Zellen an der Teilung und bringen sie zum Absterben. Vereinfacht übersetzt bedeutet der Begriff «Zellstopper». Viele Zytostatika setzen dazu an der Erbsubstanz an. Andere blockieren wichtige Stoffwechseabläufe bei der Zellteilung. Da Zytostatika neben Tumorgewebe auch gesunde Zellen angreifen, kann die Gesundheit des Patienten mehr oder weniger stark in Mitleidenschaft gezogen werden.

Bevor genauer auf das eingegangen wird, was bei einer Chemotherapie geschieht, ist ein erneuter Blick auf die Studienlage nötig. Während Studien zur Frühdiagnose alle Personen betrachten, die zur Vorsorge gehen (egal, ob positiv oder negativ diagnostiziert, behandelt oder nicht behandelt) werden bei Studien zu Behandlungsmethoden nur bereits mit Krebs diagnostizierte Patienten untersucht.

Ersatzparameter

Auch in diesen Zulassungsstudien sind viele grobe Mängel zu erkennen, die nachfolgend erläutert werden sollen. Eine wissenschaftlich unlautere Methode sticht dabei besonders hervor: Allzu oft nehmen die Hersteller oder Studiendesigner Zuflucht zu einem sogenannten «Ersatzparameter» (auch als Surrogatendpunkt oder Surrogatparameter bezeichnet). Ersatzparameter sind Werte, die auf eine gesundheitliche Verbesserung hindeuten sollen. Der beliebteste ist das «progressionsfreie Überleben», also das Überleben ohne Fortschreiten (Progression) der Krankheit. Was bedeutet das? Ganz einfach: Man untersucht, wie schnell die Krankheit nach einer Behandlung zurückkehrt bzw. wann der Tumor wieder wächst oder ein neuer Tumor auftritt. Was nicht berücksichtigt wird, ist mal wieder (siehe S.38 ff.) die Gretchenfrage nach der längeren Überlebenszeit. Der Laie mag denken, wenn der Tumor eine Zeit lang nicht weiterwachse, dann bedeute das bestimmt gewonnene Lebenszeit. Ein schwerer Irrtum!

Der Epidemiologe Peter C. Gøtzsche hat lange für Pharmaunternehmen gearbeitet, teils als Vertreter, der Ärzten Tabletten andiente, teils als Produktleiter. Von 1975 bis 1983 führte er klinische Studien für Pharmaunternehmen durch und kümmerte sich um die Zulassung von Medikamenten. Gøtzsche gilt als absoluter Experte, was die Verzerrung von Statistiken und die Analyse von klinischen Studien betrifft. Als einer der ersten hat er systematische und strenge Methoden und Metaanalysen entwickelt, um die Befunde klinischer Studien zu überprüfen und anhand von strengen Kriterien die tatsächliche Wirksamkeit von Medikamenten und Tests zu ermitteln.

Gøtzsche weist in seinen Büchern darauf hin, wie schrecklich irreführend Ersatzparameter sein können. Die Patienten könnten Schäden davontragen oder sterben, obwohl ihre Ersatzparameter sich verbessern. Bei Krebsmedikamenten sei dies sogar meistens der Fall. Es gibt laut Gøtzsche so gut wie keine Voraussetzungen für ihre Zulassung. Häufig würden sie nach «einarmigen Studien» (ohne Kontrollgruppe) genehmigt, die nichts darüber aussagen, ob das Medikament die Sterblichkeit erhöht oder senkt. Derartige Studien ohne Kontrollgruppen verletzen die Grundvoraussetzungen für Wissenschaftlichkeit.

Gøtzsches Forschungen ergaben: In acht von 27 untersuchten Zulassungsanträgen zu Krebsmedikamenten in Europa bestand die klinische Dokumentation vollständig aus klein angelegten einarmigen Studien. Die Gesamtzahl der Patienten war gering (Mittelwert 238), und in der Hälfte der Fälle wurden nur Ersatzparameter genannt, zum Beispiel eine vollständige oder teilweise Tumorrückbildung. Das ist sehr beunruhigend, weil die meisten Krebsmittel sowohl zum Schrumpfen von Tumoren als auch zu erhöhter Sterblichkeit führen können, etwa bei zu hoher Dosis. Nach dem Motto: Tumor weg, Patient tot. Diejenigen Studien, die mit Hilfe von Kontrollgruppen die Überlebensrate untersuchten, fanden einen mittleren Unterschied zwischen behandelten und nicht behandelten Patienten von nur einem Monat.[1]

Was sind

Surrogatparameter/ Ersatzparameter?



Werte, die auf etwas hindeuten (sollen).

Bei der Krebsvorsorge: Umstrittene Tests, die auf Krebs(gefahr) hindeuten (sollen), z.B. die Suche nach Gewebeveränderungen, «Viren», Antikörpern uvm.

Bei der Behandlung vor allem Beobachtung des Tumorwachstums

Die Manipulationsmöglichkeiten mit Ersatzparametern sind zahlreich. Sie können leicht dazu genutzt werden, um von der realen Gesundheit des Patienten abzulenken!

Einarmige Studie:

Kein Vergleich zwischen Behandlungsgruppe und unbehandelter bzw. anders behandelter Kontrollgruppe.

Alle Teilnehmer werden derselben Behandlung unterzogen.

Nicht geeignet, um die Nützlichkeit einer Behandlung klar nachzuweisen.

Trotzdem sind zahlreiche Zulassungsstudien einarmig!

Gesamtüberleben vernachlässigt

Die oft auf den ersten Blick überzeugenden Erfolge des progressionsfreien Überlebens werden für die Manipulation der wissenschaftlichen Datenlage missbraucht. Obwohl bekannt ist, dass das progressionsfreie Überleben oft nur ein vorübergehender Seifenblaseneffekt ist, ohne Einfluss auf die Überlebenschancen oder die Überlebenszeit, werden Studien nach



➔ einer solchen Phase der gehemmten Tumorentwicklung oft schon abgebrochen, also bevor der Tod den «Erfolg» der Behandlung zunichtemacht.

Das Argument: Man könne – sofern vorhanden – der Kontrollgruppe (die ein Placebo oder ein anderes Medikament bekommt) die ja offensichtlich wirksame Behandlung mit dem neuen Medikament nicht vorenthalten. So werden Medikamente durch Zulassungsverfahren geschleust, ohne dass ein echter Nutzen (Überlebensrate) überhaupt erwiesen ist.

Die Analyse von 48 Zulassungsstudien für Mittel aus der Krebsmedizin im Zeitraum von 1995 und 2004 ergab, dass nur 7 Prozent dieser Studien das durchschnittliche Gesamtüberleben als wichtigstes Kriterium ausgewertet hatten. Bei 41 Prozent der Studien war das progressionsfreie Überleben der «primäre Endpunkt» (also das Hauptkriterium) der Studien. Bei 48 Prozent der Studien war die sogenannte Ansprechrate (eine Reduktion des Tumors) das Kriterium. Was haben diese Werte für eine Aussagekraft, wenn der Patient keinen Tag länger lebt? (2)

In der Studie «Klinische Studien in der Onkologie – Defizite und Lösungsvorschläge» von 2011 versuchen die Autoren – unter anderem der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, der Onkologe Prof. Wolf-Dieter Ludwig – , sich einen Überblick zu verschaffen, wie die Qualität der Zulassungsstudien sich seither entwickelt hat. «Schwach positiv», könnte die Bilanz zusammengefasst werden. Inzwischen waren es knapp ein Drittel der Zulassungsstudien für onkologische Medikamente, die das Gesamtüberleben als Hauptkriterium ausgewertet hatten. (3) Doch immer noch hatten Studien zur Zulassung ausgereicht, die nach einer Phase «progressionsfreien Überlebens» abgebrochen worden waren. Wie viele davon waren Seifenblasen, das heisst: hatten keinen nennenswerten Effekt auf die Überlebenszeit? Das kann keiner sagen.

Werfen wir einen Blick auf die Lebenszeit, die in den Studien zumindest manchmal gemessen wird, lautet das Ergebnis meist, dass die Patienten durch Krebsbehandlung wenige Monate länger leben – und das sind sehr positive Ergebnisse. Die von Gøtzsche untersuchten Studien fanden gerade mal einen mittleren Unterschied von nur einem Monat.

80.352 Dollar für (durchschnittlich) 1,2 Monate mehr (wenig qualitativer) Lebenszeit. Das Ergebnis einer Zulassungsstudie zum Anti-Krebs-Präparat Erbitux.

> **«In den letzten Jahren haben Arzneimittelbehörden ihre Kriterien für die Zulassung von Medikamenten stetig abgeschwächt. Beim Krebs sind die Regulierungs-Kriterien besonders gering, und viele teure Krebsmittel wurden ohne eine einzige randomisierte Studie zugelassen. Dieses bankrotte System führt zu gewaltigen Ausgaben für Krebsmedikamente, die mit Sicherheit giftig sind, deren Nutzen aber ungewiss ist. Rückgratlos lassen sie neue Krebsmedikamente neu zu, ohne zu wissen, ob sie besser oder schlechter sind als die bereits vorhandenen. Liegt es daran, dass sie von den Pharmafirmen finanziert werden?»**
>
> *Prof. Dr. Peter C. Gøtzsche, renommierter dänischer Epidemiologe*
>
> Quelle: Peter C. Gøtzsche, Gute Medizin, schlechte Medizin: Wie Sie sinnvolle Therapien von unnötigen und schädlichen unterscheiden lernen, Riva Verlag, 08.10.2018

Blockbuster des Krebsgeschäfts

Nur zwei konkrete Beispiele: Das Präparat Erbitux zur Behandlung des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms bewirkt im Durchschnitt eine Lebensverlängerung von 1,2 Monaten. Die knapp sieben Gramm, die für eine Behandlung notwendig sind, kosten in den USA 80.352 Dollar. (4) «Erbitux», schreiben die Mediziner Tito Fojo und Christine Grady in ihrem Kommentar «How Much is Life Worth», «ist kein Einzelfall, wenn es um einen marginalen Nutzen zu sehr hohen Kosten geht». So bringt laut einer Zulassungsstudie das viel genutzte Präparat Avastin zusammen mit Carboplatin und Paclitaxel bei dem schon oben beschriebenen Lungenkrebs eine durchschnittliche Lebensverlängerung von zwei Monaten. Die Behandlung mit Avastin kostet insgesamt 90.816 Dollar. Die beiden anderen Präparate schlagen noch einmal mit etwa 30.000 Dollar zu Buche. Diese Kombinationstherapie erhielt die Zulassung, obwohl Lun-

genspezialisten einen tatsächlichen Nutzen durch die Behandlung bezweifeln, schreiben die Autoren des Kommentars.

Avastin ist einer der grossen Blockbuster im Zig-Milliarden-Dollar-Krebsgeschäft. Bis vor einigen Jahren war es sogar die Nummer eins mit einem weltweiten Umsatz von 6 Milliarden US-Dollar. Avastin besticht durch ein verständliches Konzept: Es hemmt die Neubildung der Blutgefässe. Eine Krebsgeschwulst, die sich deutlich über die Grösse eines Stecknadelkopfes hinaus entwickeln will, lässt im umliegenden Gewebe eigene Blutgefässe für sich wachsen. Avastin behindert diese Neubildung – ein klein wenig. Eine vom Hersteller für das Fernsehen kostenlos zur Verfügung gestellte Computeranimation mit einer kleinen Krebsgeschwulst, die dank Avastin ausgehungert wird, lief vor 15 Jahren in praktisch allen Medizin-Sendungen. Diese PR-Massnahme hat die Popularität des Medikaments ungeheuer gesteigert.

In der Zeitschrift «Clinical Oncology» erschien 2004 ein Artikel von drei australischen Professoren. [5] Darin wurden die Daten klinischer Studien zu Chemotherapien in Australien und den USA seit 1985 untersucht. Insgesamt wurden die Daten von 72.964 Patienten in Australien und 154.971 Patienten in den USA ausgewertet, die alle Chemotherapien erhalten hatten. Das Ergebnis war niederschmetternd. In Australien profitierten in Bezug auf die Fünf-Jahres-Überlebenszeit gerade 2,1% aller Patienten von einer Chemotherapie, knapp jeder 50. Patient.

Tricks bei den Zulassungsstudien von Krebsmedikamenten/-therapien

Man untersucht **Ersatzparameter** wie das Tumorwachstum.

Fünfjahresüberlebensrate: Bei Patienten, die 6 Jahre nach der Diagnose sterben, kann behauptet werden, die Therapie habe sie gerettet.

Kein Vergleich zwischen Behandelten und Unbehandelten. Stattdessen: Altes Krebsmedikament wird mit neuem Krebsmedikament verglichen.

Fehlerhafte Randomisierung, keine dreifache Verblindung, zu geringe Laufzeit.

Eine Verlängerung der Lebenszeit um 1-2 Monate reicht bereits aus, um einen «Nutzen» der Therapie oder des Medikaments nachzuweisen.

Was hat der Patient davon, wenn er mit einer teuren (für die Krankenkasse) und schmerzhaften Behandlung ein paar Wochen länger lebt?

Wer würde sich diese Behandlung antun, würde er realistisch darüber aufgeklärt werden?

Weitere Manipulationen

Die Autoren der Publikation «Klinische Studien in der Onkologie – Defizite und Lösungsvorschläge» [3] fanden weitere schwere Mängel in den Zulassungsstudien. In einem Fall (untersucht wurden insgesamt 18 Studien) verwehrte der Hersteller und Geldgeber der Studie unabhängigen Prüfern den Zugang zu den Studiendaten. Solch ein Verhalten ist völlig inakzeptabel. Wie kann man von einem Gesundheitssystem 20.000 Dollar für eine einzige 12-wöchige Therapie mit einem Medikament verlangen und die wissenschaftliche Datenlage zu dem entsprechenden Chemotherapeutikum geheim halten? In einem anderen Fall fehlte die Randomisierungsliste. Ein starker Hinweis auf Datenmanipulation.

Denn mit der Randomisierung werden die Studienteilnehmer zufällig auf die Behandlungsgruppe und die nicht behandelte Kontrollgruppe verteilt. Wenn man in die Kontrollgruppe dagegen Patienten bugsiert, die von vorneherein schwächer und anfälliger erscheinen, wird das Medikament in der behandelten Gruppe am Ende besser dastehen - denn im Vergleich dazu geht es der Kontrollgruppe ja schlechter. Die Randomisierung ist daher extrem wichtig. So wird nämlich sichergestellt, dass die Patienten in beiden Gruppen als «gleichwertig» zu betrachten sind. Nur so gibt es einen fairen Wettbewerb zwischen dem zu bewertenden Medikament und dem Placebo (oder dem Vergleichsmedikament). Deshalb wird die Randomisierung penibel dokumentiert. Sonst kann man die Ergebnisse schon hier besonders leicht beeinflussen.

Die Meta-Untersuchung der 18 Studien kommt zu dem Schluss , dass die aktuellen Zulassungsstudien für neue, sogenannte zielgerichtete Chemotherapeutika «keine ausreichenden Daten für die Beurteilung des (Zusatz-)Nutzens eines Arzneimittels, also für die Beurteilung von Wirksamkeit und Sicherheit unter Alltagsbedingungen und im Vergleich zu anderen Therapiestrategien, liefern». Ein vernichtendes Urteil! Es stellt sich ernsthaft die Frage, warum so unglaublich teure Medikamente mit bestenfalls marginalem Zusatznutzen offenbar so problemlos in die Erstattungskataloge der Gesundheitssysteme eingeschmuggelt werden können. ***(tk)***

Die Reduzierung des Tumors (Ersatzparameter) als Erfolgsbeweis zeigt: Offenbar zerstört die Schulmedizin den Tumor, anstatt den Patienten ganzheitlich zu behandeln.





Quellen:

Frank Wittig, Die weisse Mafia: Wie Ärzte und die Pharmaindustrie unsere Gesundheit aufs Spiel setzen, Riva, 2013

1. Peter C. Gøtzsche, Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität: Wie die Pharmaindustrie unser Gesundheitswesen korrumpiert, Riva, 14.11.2014
2. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, Ten years of marketing approvals of anticancer drugs in Europe: regulatory policy and guidance documents need to find a balance between different pressures, 2005
3. researchgate.net, Klinische Studien in der Onkologie – Defizite und Lösungsvorschläge, 2011
4. academic.oup.com, How Much Is Life Worth: Cetuximab, Non-Small Cell Lung Cancer, and the $440 Billion Question, 2009
5. researchgate.net, The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5 yr survival in adult malignancies, 2005

Avastin: Zugelassen trotz erhöhter Todeszahlen – Ersatzparameter machen es möglich!

Auch in den Studien, die zur Zulassung des einst weltweit meistverkauften Krebsmittels Avastin führten, war nicht etwa nach dem Endpunkt «erhöhte Lebenserwartung» gefragt worden, sondern nach «Progressionsfreiheit» (Zeit ohne Tumorwachstum). Mit Hilfe dieses für den Patienten höchst unerheblichen Ersatzparameters fiel zuerst nicht auf, dass der Weg ins Grab für alle Beteiligten gleich lang war - mit oder ohne Medikament. Die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) ordnete daher weitere Studien an. Eine Metastudie aus sechzehn Einzelstudien mit über zehntausend Datensätzen ergab schliesslich, «dass bei Ergänzung der Chemotherapie durch Avastin mehr Menschen starben als bei der Chemotherapie allein». Drei Jahre nach der Spezialzulassung wurde die ca. 90.000 US-Dollar teure Chemo-Ergänzung Avastin in den USA wieder vom Markt genommen. Doch so lange stand das Präparat mit einem Umsatz von 6 Milliarden Dollar allein im Jahr 2010 weit oben in den Blockbuster-Charts. Inzwischen führten neue Studien mit einem angeblichen Überlebensvorteil von wenigen Monaten zu einer erneuten Zulassung in den USA. In Europa wurde das Medikament nie vom Markt genommen. ***(tk)***



Quelle: Sven Böttcher, Rette sich, wer kann: Das Krankensystem meiden und gesund bleiben, Westend Verlag, 11.02.2019

Studie zeigt: Nach Chemotherapie können Tumore noch schneller wachsen

Während Produkte für die Chemotherapie seit Jahrzehnten ein boomender Industriezweig sind, zeigen bestimmte Forschungsergebnisse, dass einige Chemo-Medikamente Krebs fördern, statt ihn zu bekämpfen. Es wird beobachtet, dass sich Krebszellen schneller entwickeln können, da sie regelrecht durch die Wirkung von Chemo-Medikamenten ernährt werden. Die Ergebnisse einer Studie, die in der Zeitschrift «Nature Medicine» veröffentlicht wurden, verdeutlichen, wie bestimmte Chemotherapie-Medikamente gesunde Zellen beeinflussen können, indem sie sie dazu bringen, ein krebsfütterndes Protein freizusetzen. Dieses krebsfütternde Protein, WNT16B, wird von gesunden Zellen produziert, nachdem sie einer Chemotherapie ausgesetzt wurden. Daraufhin sei es in der Lage, das Krebszellwachstum und das Überleben der Krebszellen zu fördern. Das WNT16B-Protein interagiere mit nahegelegenen Tumorzellen, bringe sie zum Wachsen und mache sie sogar resistent gegen nachfolgende Therapien. Mit anderen Worten, dieses Protein mache Tumore grösser, stärker und resistenter. ***(tk)***



Quelle: Epoch Times, Studie zeigt: Nach Chemotherapie können Tumore noch schneller wachsen, 04.09.2017



Studie: Krebsbehandlungen fördern neuen Krebs



Eine Studie des «National Cancer Institute» (Nationales Krebsinstitut der USA) stellte fest, dass durch bestimmte Krebsbehandlungen andere Krebsarten ausgelöst werden können. Frauen, die platinbasierte Chemotherapie-Medikamente für Eierstockkrebs erhielten, hätten z.B. ein 3- bis 4-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Leukämie. Die Erhöhung der kumulativen Dosen der Therapie könne sogar ein 8-fach erhöhtes Risiko bewirken. ***(tk)***

Quelle: Epoch Times, Studie zeigt: Nach Chemotherapie können Tumore noch schneller wachsen, 04.09.2017

Erste Zulassung des Krebsmittels Gemzar: Ein Paradebeispiel für unzureichende Studien

Sogenannte «Antimetabolite» sind oft eingesetzte Wirkstoffe bei der Chemotherapie. Die Theorie der Wirkungsweise dieser Zytostatika (siehe S.34) besagt, dass in den Stoffwechsel der Zelle eingebrachte Verbindungen, die den DNS-Basen ähnlich sind, in den DNS-Strang eingebaut werden und es hierdurch zu Strangbrüchen bzw. zum Tod der Krebszelle kommt. So wurde das entsprechende Mittel Gemzar (Antimetabolit) lange als das Standardpräparat bei Bauchspeicheldrüsenkrebs eingesetzt – dem tödlichsten Krebs überhaupt.



In der Literatur werden vor allem Studien aufgeführt, die Gemzar mit dem anderen Antimetaboliten 5FU vergleichen. Also wieder einmal Studien, bei denen zwei oder mehr Chemotherapeutika miteinander verglichen werden, damit am Ende wenigstens ein Präparat positiv bewertet werden kann. Bei der wohl am meisten genannten Studie (1) mit nur 126 Patienten bekam die Hälfte der Patienten Gemzar und die andere Hälfte 5FU. Pharmafirmen und Ärzte zitierten diese Studie aus dem Jahr 1997 immer und immer wieder und sagten ihren Patienten, dass die Kranken, welche Gemzar bekommen hatten, deutlich länger gelebt hätten. Doch was bedeutet eigentlich «deutlich länger»? Die Antwort: Patienten, die 5FU erhielten, lebten durchschnittlich noch 4,2 Monate. Patienten, die Gemzar erhielten, lebten noch 5,7 Monate. Dieser Unterschied von 1,5 Monaten wird bis heute «kleiner Durchbruch in der Therapie von Pankreaskarzinomen» genannt. Wie in so vielen Fällen wurde keine unbehandelte Vergleichsgruppe in die Studie aufgenommen.

Würden Sie als Patient eine Gemzar-Therapie akzeptieren, wenn Ihnen Ihr Arzt nicht sagen würde, dass Sie mit Gemzar «deutlich länger» leben, sondern: «Lieber Herr Müller, Sie werden statistisch gesehen noch maximal 6 Monate leben. Ich kenne keine Therapie, die Sie heilen kann. Was ich Ihnen jedoch anbieten könnte, wäre eine Chemotherapie mit all ihren Nebenwirkungen. Dadurch steigern Sie Ihre Überlebenszeit vielleicht um 6 Wochen, im Vergleich zu einer anderen Chemotherapie, die ich Ihnen natürlich auch anbieten kann. Ob Sie dadurch im Vergleich länger oder kürzer leben werden als ein unbehandelter Patient, kann ich Ihnen nicht sagen, da es darüber keine Studien gibt.» Gemzar ist ein Musterbeispiel, wie sich Medikamente zu einem Goldstandard entwickeln können, ohne nachgewiesene signifikante Wirkung. ***(tk)***




Quellen:

Lothar Hirneise, Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe, Sensei Verlag, 2002
1. ncbi.nlm.nih.gov, Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial, 1997



Lieber Herr Müller, in Anbetracht Ihrer Diagnose bin ich gesetzlich dazu verpflichtet, Ihnen jetzt eine der drei herkömmlichen Krebstherapien anzubieten (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation). Ich würde eine Chemotherapie vorschlagen. Dadurch steigern sie Überlebenszeit vielleicht um 6 Wochen im Vergleich zu einer anderen Chemotherapie, die ich Ihnen aber auch anbieten kann. Ob Sie dadurch im Vergleich länger oder kürzer leben, als wenn sie gar nichts machen, kann ich Ihnen nicht sagen, da ich keine Studien dazu kenne.

Entzieht sich die Krebsforschung durch «die Gene» ihrer Verantwortung?

Die Behandlung von Krebs kann nicht getrennt werden von der zugrundeliegenden Theorie der Krebsentstehung. Schon für Laien ist zu erkennen, dass die Schulmedizin sich hier recht schwammig verhält. Ihre Erklärung lautet zumeist: Am Anfang steht die Mutation von Genen. Natürlich wird offiziell auch nach den Grundursachen, also den Ursachen für die Genmutationen, geforscht, aber die Antworten fallen nach Jahrzehnten moderner Onkologie äusserst mau aus: Manchmal seien die Ursachen für Genmutationen im Lebensstil und/oder in Umwelteinflüssen zu suchen – manchmal aber auch nicht, sondern im Erbgut. Wenn der Krebs im Alter entsteht, dann heisst es meist, das Erbgut sei im Laufe der Jahre geschädigt worden. Die Webseite wissensschau.de gibt das Fazit, das man auch von den meisten konventionellen Ärzten hören wird: «Meist ist es unmöglich, den Auslöser eines Tumors dingfest zu machen. Die Entwicklung von Krebs ist ein komplizierter Vorgang, die Ursachen können vielfältig sein.» [1]



D.h. wenn man den Krebs mit ungesundem Lebensstil und negativen Umwelteinflüssen nicht erklären kann, bleibt immer noch das Erbgut. So ist immer eine Antwort zur Hand, denn, wenn Patienten auf dem Land leben, nicht rauchen und sich gesund ernähren, dann kann man immer noch sagen: Genetischer Defekt – wahrscheinlich vererbt. Für jeden Arzt eine Möglichkeit, um den Patienten schnell abzufertigen und sich nicht weiter mit ihm auseinandersetzen zu müssen. ***(tk)***

Quelle: 1. wissensschau.de, Entstehung von Krebs: Die Ursache von Genmutationen, 14.11.2014

Die «Nebenwirkungen» einer Chemotherapie



Wie sicherlich noch aus dem Biologieunterricht bekannt ist, teilen sich, bis auf wenige Ausnahmen, unsere Zellen immer wieder. Pro Sekunde erneuern sich in unserem Körper mehrere Millionen Zellen. Auch die Tumorzellen teilen sich, weshalb die Chemotherapie versucht, diese Teilung zu behindern, um das Wachstum des Tumors zu beenden. Während der Zellteilung sind Zellen leichter angreifbar. Zytostatika (siehe S.34) versuchen, diese Abwehrschwäche der Zellen auszunutzen, indem sie ganz bestimmte Stoffwechselvorgänge der Zelle stören. Das gewünschte Ergebnis ist hierbei der Zelltod und nicht die Umwandlung der Zelle in eine gesunde Zelle. Da sich Tumorzellen laut Schulmedizin sehr schnell teilen, seien diese empfindlicher für solche Gifte und würden vermehrt zerstört. Andere Zellen im Körper, die sich schneller oder genauso schnell wie der Tumor teilen, aber auch. Zytostatika erkennen Tumorzellen nämlich überhaupt nicht. Sie zerstören einfach alles, was schneller oder gleichschnell wächst. Daher zerstören Zytostatika meist folgende Zellen:

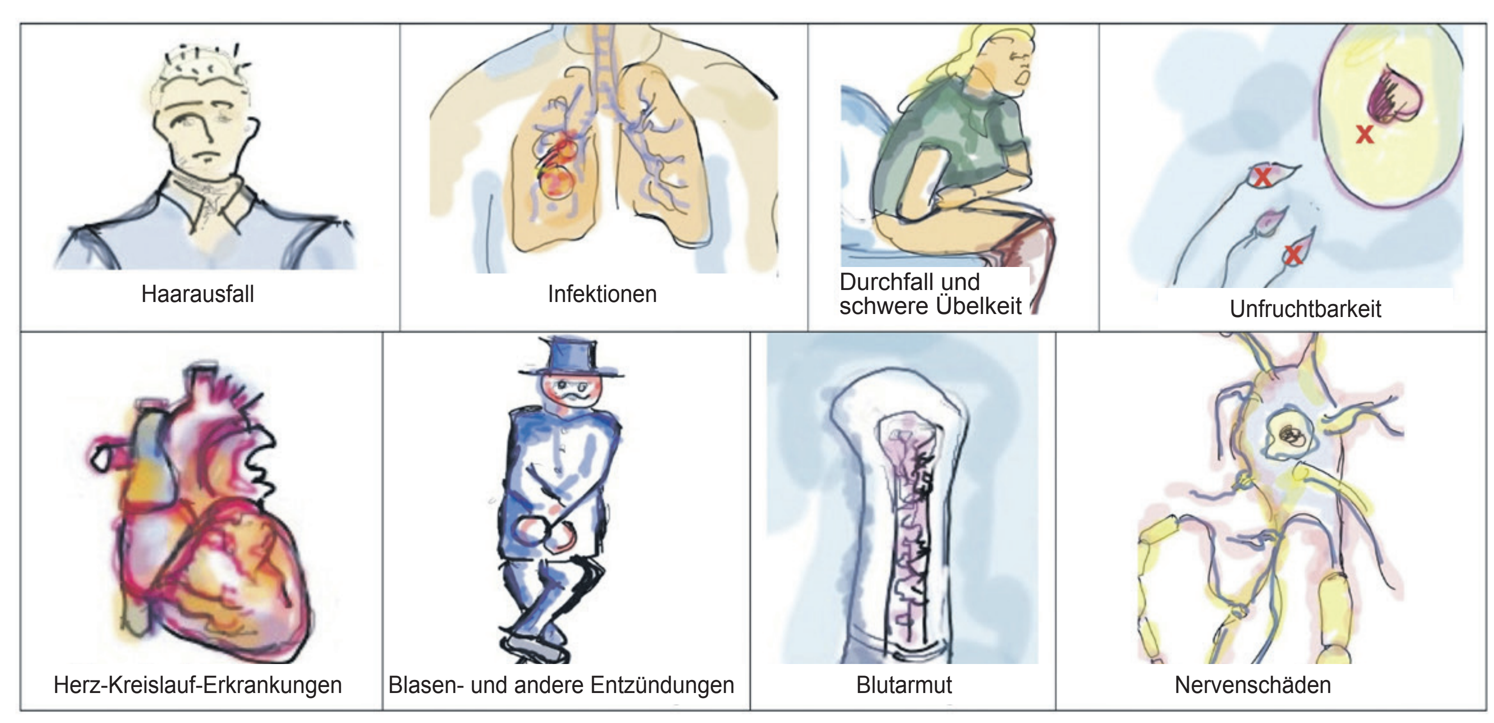
- unsere Epithelzellen, z.B. im Mund, Magen oder Darm
- unser lymphatisches System (z.B. Lymphozyten, Teile der weissen Blutkörperchen)
- unsere Keimdrüsen, daher die vorübergehende bzw. oftmals für immer andauernde Sterilität nach einer Chemotherapie
- unser Knochenmark, das die Blutzellen bildet, z.B. Zerstörung der Leukozyten (weisse Blutkörperchen), der Erythrozyten (rote Blutkörperchen) und der Thrombozyten (Blutplättchen).
- Haut, Haare und auch Nägel.

Im Prinzip geht es bei einer Chemotherapie darum, wer zuerst stirbt: Der Tumor oder der Patient. Ob man eine Chemotherapie macht oder nicht, sollte man sich also dreimal überlegen. Vor allem die Einflüsse auf das Knochenmark und auf das lymphatische System sind so verheerend, dass viele Patienten sich inzwischen fragen, ob dies eigentlich nicht gerade das Gegenteil von dem ist, was sie benötigen, wenn sich Tumore im Körper befinden. Wir alle wissen, dass wir unser Immunsystem dringend benötigen, wenn wir einen Tumor im Körper haben, und trotzdem glauben wir, dass wir gerade dies auf viele Monate hin schwächen können, wenn wir Krebs haben. Genau hier liegt das Dilemma von Chemotherapie-Präparaten. Ihre komplette Zielrichtung ist auf das Zerstören von Zellen angelegt und nicht darauf, Zellstrukturen dazu zu bringen, sich wieder richtig zu teilen.

Ein weiteres Problem ist die Resistenz gegen diese Präparate. Manche Tumorzellen ignorieren bestimmte Substanzen von vornherein. Deshalb werden in der Regel auch «Cocktails» mit verschiedenen Substanzen gegeben, in der Hoffnung, dass irgendeine schon helfen wird. Dass mehrere Substanzen jedoch auch grössere Nebenwirkungen haben, liegt auf der Hand.

Die Chance, gegen eine Substanz resistent zu werden, erhöht sich bei der Chemotherapie von Infusion zu Infusion und zwar viel schneller als man dies z.B. von Antibiotika gewöhnt ist. Dies liegt daran, dass unser Körper erstaunlich intelligente Fähigkeiten besitzt, sich gegen Gifte zu wehren, wie z.B. die Durchlässigkeit der Zellwand zu verändern. Es wurde festgestellt, dass Tumorzellen mit der Zeit lernen, sich gegen jede Art von Zytostatika zu wehren. Das erklärt auch, warum der Wechsel auf eine andere Kombination von Zytostatika so oft versagt. Je giftiger eine Substanz ist, desto mehr unternimmt der Körper, damit ihm diese Substanz das nächste Mal nicht mehr so sehr schaden kann. ***(tk)***

Quelle: Lothar Hirneise, Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe, Sensei Verlag, 2002



«Nebenwirkungen» einer Chemotherapie

Studien ergeben: Konventionelle Krebsdiagnose und -behandlung fördert Metastasen

Fördern herkömmliche Krebsbehandlungen und -diagnosen etwa Krebs?

Hinweise auf Metastasen durch Biopsie. (1) Nachweis von Metastasen durch diagnostische und chirurgische Eingriffe durch Prof. Dr. med. Ernst Krokowski. (2)

Eine Studie aus dem Jahr 2010 kam zu dem Ergebnis, dass das Auftreten von Brustkrebsmetastasen in über **50% der Fälle auf ärztliche Eingriffe zurückzuführen** sei. (3)

Vieles deutet darauf hin:
Jedwede Beeinflussung eines Tumors (Abtasten, Röntgen, Gewebeprobe, Behandlung) könnte zu Metastasen führen.

Sollte man den Tumor vielleicht besser in Ruhe lassen?

Quellen:
1. aerztezeitung.de, Pankreas-Ca: Wie gefährlich ist die Biopsie?, 21.01.2015
2. semanticscholar.org, Is the current treatment of cancer self-limiting the extent of its success?
3. mdpi.com, Surgery Triggers Outgrowth of Latent Distant Disease in Breast Cancer: An Inconvenient Truth?, 2010

In der Krebsforschung ist es inzwischen allgemein bekannt, dass der Patient nur in seltenen Fällen durch den Primärtumor stirbt. In etwa 90% aller Krebsfälle stirbt der Patient an sogenannten «Sekundärtumoren». [1] Diese Erkenntnis zeigt, dass durch das Entfernen oder Bekämpfen des ersten Tumors, was die Schulmedizin als Erfolg ansieht, kaum etwas erreicht wurde.

Ein Sekundärtumor entsteht laut Schulmedizin dadurch, dass der Haupttumor Metastasen entwickelt. Mit anderen Worten: Dass der Krebs sich ausbreitet. Bei den meisten Krebsarten erfolge eine solche Streuung über den Blutkreislauf oder das Lymphsystem. Wie genau der Vorgang der Metastasierung erfolgen soll, ist allerdings Gegenstand der Forschung und im Detail noch nicht zur Gänze bekannt. Die Schulmedizin sagt, dass sich dabei einzelne Krebszellen vom Haupttumor abspalten und an andere Stellen des Körpers wandern, an denen sie sich dann festsetzen und neue Wucherungen bilden. Manche alternativen Therapien behaupten allerdings, dass neue Tumore gar nicht durch Metastasen entstehen, sondern durch eine erneute Entartung der Zellen.

«Zweifelsfrei bewiesen»?

Wenn man sich jedoch an die Metastasen-Theorie der Schulmedizin hält, dann gilt es längst als erwiesen, dass die konventionelle Krebsbehandlung die Entwicklung von Metastasen in ausserordentlichem Masse fördert. Unter anderem wird das durch eine inzwischen schon 30 Jahre zurückliegende Studie, durchgeführt von Ernst Krokowski, belegt. Prof. Dr. med. Ernst Krokowski, Chefarzt des Röntgen-Instituts im Stadtkrankenhaus Kassel, kam in seiner Arbeit zu folgendem Ergebnis:

«Man kann nicht länger bezweifeln, dass diagnostische oder chirurgische Eingriffe unter bestimmten Bedingungen Metastasen zur Folge haben können. Die Analyse der Wachstumsraten von Metastasen hat gezeigt, dass 30 Prozent (bei Hypernephromen [Nierentumore]) bis 90 Prozent (bei Sarkomen [Fleischgeschwulst] und Seminomen [Hodentumore]) der diagnostizierten Metastasen durch solche Eingriffe hervorgerufen wurden. Dies wurde anhand von zahlreichen Tierversuchen und klinischen Beobachtungen zweifelsfrei bewiesen […]» [2]

Krokowskis Studie stellt fest: Jedwede Beeinflussung eines Tumors führt zu einer plötzlichen Vermehrung von Tumorzellen, welche daraufhin vermehrt in die Blutbahn gelangen und mit höherer Wahrscheinlichkeit metastasieren. Eine solche Beeinflussung könne beispielsweise durch zu druckvolles Abtasten (wie es etwa bei einem Mammografie-Screening erfolgt), aber auch bei einer standardmässig durchgeführten Entnahme einer Gewebeprobe (einer sogenannten Biopsie, siehe S.33) oder eben bei einem direkten chirurgischen Eingriff erfolgen.

Diese Feststellung wird speziell für Brustkrebs unter anderem auch noch von einer anderen Studie renommierter Krebsforscher aus dem Jahr 2010 belegt. Titel: «Brustkrebs-Operationen verursachen die Ausbildung latenter Fernerkrankungen: Eine unbequeme Wahrheit?». Darin werteten führende Krebsforscher Daten von 14 Jahre aus und kamen zum Ergebnis, dass das Auftreten von Brustkrebsmetastasen sehr häufig – in über 50% der Fälle – auf ärztliche Eingriffe zurückzuführen sei. Auf Basis dieser Untersuchung schlug das Ärzteteam eine andere Strategie der Krebsbekämpfung vor: Statt wie bisher zu versuchen, alle Krebszellen ausfindig zu machen und abzutöten, solle man besser versuchen, den Tumor in eine Ruhephase zu versetzen und damit dafür sorgen, dass dieser gar nicht erst streue. [3] ***(tk)***





Quellen:

1. merkur.de, Forscher erklärt: Wenigste Krebspatienten sterben an Primärtumor - Risiko dennoch hoch, 04.02.2019
2. semanticscholar.org, Is the current treatment of cancer self-limiting the extent of its success?
3. mdpi.com, Surgery Triggers Outgrowth of Latent Distant Disease in Breast Cancer: An Inconvenient Truth?, 2010

Studie: Von Krebs «geheilte» Kinder leiden meist unter schweren Spätfolgen



An Kindern, bei denen Krebs diagnostiziert wurde und die danach schulmedizinisch behandelt wurden, wird besonders deutlich: Was als «krebsfrei» gilt, ist nicht mit beschwerdefrei oder gar gesund gleichzusetzen. Bei Kindern treten die negativen Langzeitfolgen von Chemo- und Strahlentherapie besonders deutlich zutage und werden in ihrem Ausmass gerade erst richtig begriffen.

Die umfangreichste Studie zu diesem Thema stammt aus dem Jahr 2013 und wurde vom «Children´s Research Hostpital St. Jude» in Memphis Tennessee durchgeführt. Diese Untersuchung kam zum Ergebnis, dass von den 1.700 für die Studie untersuchten ehemaligen Kinderkrebspatienten rund 95% im Alter von 45 Jahren an chronischen Beschwerden litten, die auf die Chemo- und Strahlentherapie zurückzuführen waren. Davon waren etwa 80% von schwer einschränkenden oder gar lebensbedrohlichen Symptomen betroffen. [1]

Besonders zeigten sich diese Spätfolgen in der Lunge, dem Herzmuskel und den Herzgefässen, sowie unter anderem im Gehör, in der Funktion der Genitalien und im Skelett. Aber auch Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten waren häufig feststellbar. In Zahlen ausgedrückt wiesen etwa 65% der Patienten, deren Brustkorb bestrahlt worden war, später eine eingeschränkte Lungenfunktion auf. 56% der Patienten, die herzbelastende Arzneien verabreicht bekommen hatten, entwickelten später tatsächlich Herzprobleme. Mehr als 60% derer, die mit Strahlung in der Nähe der Ohren traktiert worden waren, entwickelten Gehörprobleme.

Das Gedächtnis, die Reaktionsgeschwindigkeit oder die mathematischen Fähigkeiten waren bei etwa der Hälfte der Menschen beeinträchtigt, die als Kind einer schulmedizinischen Behandlung des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) ausgesetzt waren. Manche dieser Spätfolgen kommen laut der Studie erst nach einiger Zeit zum Vorschein, andere treten unmittelbar nach der Therapie auf. Solange der Körper krebsfrei war, wurden die Patienten trotzdem als «geheilt» gezählt. In Anbetracht dieser Zahlen und Zustände von erfolgreichen Heilungen zu sprechen, erscheint geradezu zynisch. Wie viele dieser Kinder zudem überdiagnostiziert wurden, steht nochmals auf einem anderen Blatt. ***(as)***

Quelle: jamanetwork.com, Clinical Ascertainment of Health Outcomes Among Adults Treated for Childhood Cancer, 12.06.2013

Hamburger «Strahlenskandal»: Wieder nur Spitze des Eisbergs?

Erneut widmen wir uns einem sogenannten «Skandal» (siehe auch S.29 u. 50), und nicht irgendeinem: Laut der Hamburger Morgenpost handelte es sich um einen der «grössten deutschen Medizinskandale». Der mutmassliche "Täter": Professor Dr. Klaus-Henning Hübener, Leiter der Abteilung Strahlentherapie am Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE) in Hamburg. Die Opfer: Krebspatienten, die sich von der Bestrahlung Heilung oder doch zumindest Linderung versprochen hatten, dann jedoch durch die Hölle gingen. Nachdem sie sich Ende der 80er- und Anfang der 90er-Jahre Hübeners Strahlentherapie unterzogen hatten, entwickelten sie schlimme Beschwerden wie schmerzhafte Unterleibsgeschwüre, Darmverschlüsse und -entzündungen, Blutungen sowie chronische Durchfälle. Insgesamt wurden in den Jahren darauf über 200 Ermittlungsverfahren gegen Hübener eingeleitet. Im Fall der nach elfjährigem Martyrium im April 1999 verstorbenen Irene S. erhob die Staatsanwaltschaft Anklage wegen fahrlässiger Tötung gegen Hübener.

2010 wurde das Urteil gesprochen: Freispruch. Hübener hatte seine Therapie mit dem Argument verteidigt, dass die Zahl der Patienten mit gravierenden Nebenwirkungen «lediglich» bei 8,9 Prozent gelegen habe, also «im vertretbaren Rahmen». Womit er anscheinend meinte: «Vertretbar» im Rahmen der Schulmedizin. Denn knapp 9 Prozent sind natürlich eine enorm hohe Zahl - fast jeder oder jede Zehnte!

Die Beschwerden, die man Hübeners angeblich unorthodoxem Bestrahlungsverfahren (Sandwich-Verfahren, Bestrahlung vor und nach Operation) zuschrieb, sind nach derartigen Strahlentherapien an der Tagesordnung (auch heute noch; siehe S.34).

Freispruch für Hübener

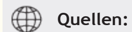
Dass Hübener, der die Behandlungsmethode als «vertretbar» verteidigt hatte, Recht bekam, wirft nicht unbedingt ein gutes Licht auf ihn, aber definitiv ein sehr schlechtes Licht auf die zugelassene und bis heute angewandte Strahlentherapie bei Krebs. Die Strahlendosis, die Hübeners Patienten verabreicht bekamen, unterschied sich in ihrer Höhe nämlich kaum von heutigen Standardbestrahlungen. [1]



In ihrem Freispruchs-Urteil aus dem Jahr 2010 stellten die Richter fest, die Bestrahlung sei für den Tod von Irene S. zwar mit ursächlich gewesen. «Aber daraus ist nicht zwingend auf eine fehlerhafte Behandlung zu folgern», sagte Richter Rüdiger Göbel. Das bringt es auf den Punkt: Eine Behandlung, die man durchaus als schwere Körperverletzung einstufen könnte, ist im deutschen Gesundheitssystem legal, weshalb Hübener auch nicht dafür belangt werden konnte.

Und tatsächlich schrieb die Hamburger Morgenpost: «Hübener war kein Einzelfall. MOPO-Reporter Gerd-Peter Hohaus und der inzwischen verstorbene Patientenanwalt Wilhelm Funke stiessen bei ihren Recherchen auf einen zweiten Strahlenskandal am UKE. ‹Tatort› diesmal: die Frauenklinik. Chefarzt Professor Dr. Hans-Joachim Frischbier hatte Brustkrebs-Patientinnen ebenfalls mit viel zu hohen Strahlungsdosen behandelt – was für die Frauen entsetzliche Folgen hatte. Die Zahl der Schadenersatzklagen wuchs rasant. Frischbier liess sich 1996 vorzeitig pensionieren. Strafrechtlich wurde er nie belangt.»

Entschädigt wurden Hübeners Patienten übrigens durch die Stadt Hamburg und damit vom Steuerzahler. Ein bekanntes Muster, die Allgemeinheit für Schäden aufkommen zu lassen, die ein fehlerhaftes Gesundheitssystem verursacht (Ausgaben 18,32,33). Wieder entsteht der Eindruck, Hübener habe als einzelner Sündenbock für den gesamten dysfunktionalen Medizinbetrieb herhalten müssen. ***(tk)***




Quellen:
mopo.de, Hamburg historisch Wie die MOPO einen der grössten deutschen Medizinskandale enthüllte, 19.01.2019
sueddeutsche.de, «Genugtuung, keine Freude», 17.05.2010
1. Lothar Hirneise, Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe, Sensei Verlag, 2002, S.159





MOR GE PO
www.mopo.de

Wieder ein Kind vergessen

Die Behörde von Senatorin Alexandra Dinges-Dierig kommt nicht aus den Schlagzeilen. Seite 8

Haraid Wohlfahrt PALAZZO
HAMBURG, AN DEN DEICHTORHALLEN
WWW.PALAZZO.CC
01805-388 883

Donnerstag, 8. Dezember 2005 | C1986 | Nr. 287/49 | Deutschland 0,50 €

Wo bleibt die Gerechtigkeit?

Freispruch für den UKE-Strahlenarzt

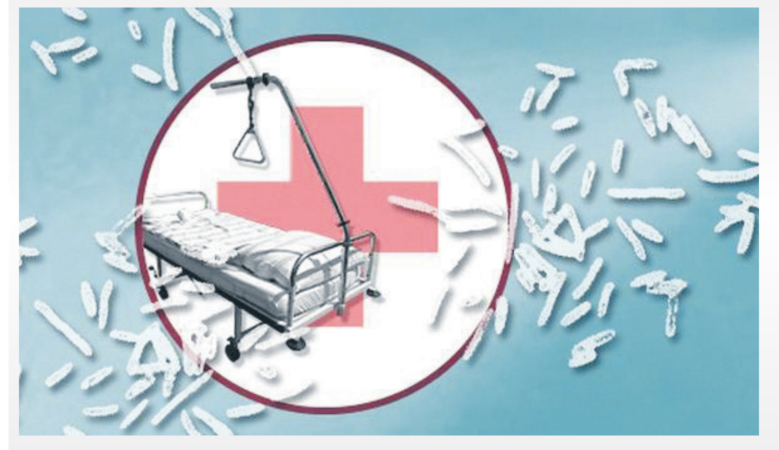
Im Prozess um den Tod einer Krebspatientin hat das Hamburger Landgericht den früheren Chefradiologen der Universitätsklinik Eppendorf (UKE) vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen. Laut Urteilsspruch sei Klaus-Henning Hübener (kl. Foto) keine strafrechtliche Verantwortung nachzuweisen. Das Verfahren gegen den 62-Jährigen, der seit 1993 (!) vom Dienst suspendiert ist, stand im Zusammenhang mit dem durch die MOPO aufgedeckten UKE-Strahlenskandal. Seite 12

MITTEN IN EIMSBÜTTEL
Leinenzwang

EXKLUSIV »KOPFSTOSS«-MEIER IM INTERVIEW

Die unangenehme Wahrheit scheint zu sein: Der Freispruch für Hübener, der durch eine Strahlentherapie schlimme gesundheitliche Schäden bei seinen Patienten verursacht hatte, war nach den Massstäben des deutschen Gesundheitssystems und der schulmedizinischen Krebsbehandlung durchaus «gerecht».

Jedes Jahr 40.000 Tote durch Krankenhauskeime in Deutschland!



Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaus-Hygiene sterben in Deutschland 40.000 Menschen jedes Jahr an Krankenhauskeimen – mehr als zehn Mal so viele wie im Strassenverkehr. Pro Jahr käme es insgesamt zu ca. 900.000 Infektionen. Das heisst: Ausgerechnet während konventioneller Krebstherapien, die das Immunsystem stark unterdrücken, geht man an einen Ort, an dem es die meisten Bakterien gibt – ins Krankenhaus. Der Patient wird über dieses Risiko nur ungenügend aufgeklärt! Auch das gilt es zu bedenken, wenn man sich für eine schulmedizinische Therapie entscheidet. ***(tk)***

Quelle: focus.de, 40.000 Tote pro Jahr: Der Kampf gegen die Krankenhauskeime, 25.10.2018

Studien: Stress (z.B. vor einer Operation) fördert Krebs



Eine Studie aus dem Jahr 2006, durchgeführt von Prof. Shamgar Ben-Eliyahu an der Universität Tel Aviv, beschäftigte sich mit der biologischen Wirkung von Stress, z.B. vor einer Operation, auf Tumore. (1) Ebenso wie eine Studie im «Journal of Clinical Investigation» aus dem Jahr 2010. (2) Das Ergebnis beider Untersuchungen: Stress begünstigt die Entwicklung von Krebs in hohem Masse. Stresshormone schützen die Krebszellen vor Selbstzerstörung, fördern die Verbreitung und das Wachstum von Tumoren auf direkte sowie indirekte Weise, indem sie das Immunsystem schwächen. Ausserdem unterstützen sie das Wachstum neuer Blutgefässe, die den Tumor versorgen. Das heisst: Es gibt einen klaren Zusammenhang zwischen einem beschleunigten Krankheitsverlauf und Angst und Stress. Auch dieser Faktor sollte beachtet werden, wenn man sich einer nervenzehrenden schulmedizinischen Behandlung unterzieht. ***(tk)***

Quellen:

1. ncbi.nlm.nih.gov, Inducing a Mode of NK-Resistance to Suppression by Stress and Surgery: a Potential Approach Based on Low Dose of Poly I-C to Reduce Postoperative Cancer Metastasis, 2006
2. ncbi.nlm.nih.gov, Impact of stress on cancer metastasis, 2010

Chemotherapie basiert auf chemischem Kampfstoff

Die Chemotherapie gilt in der Schulmedizin bis heute als eine der wichtigsten «Waffen im Kampf gegen Krebs» – eine Formulierung, die es im Wortsinne ziemlich genau trifft. Denn die erste Chemotherapie basierte ausgerechnet auf einer Massenvernichtungswaffe. Während des Zweiten Weltkriegs erforschten die beiden amerikanischen Pharmakologen Louis Goodman und Alfred Gilman an der Universität Yale in einem Geheimprojekt der US-Regierung die Wirkung von Senfgas, einem gefürchteten Giftstoff, der die Haut nachhaltig verätzt, sowie Augen und Lunge schädigt. Die Armee des Deutschen Kaiserreichs hatte den auch als «Lost» bezeichneten Kampfstoff im Ersten Weltkrieg eingesetzt. Bei ihren Forschungen stellten die amerikanischen Wissenschaftler fest, dass Kaninchen, die Senfgas ausgesetzt waren, einen abnormal geringen Spiegel an weissen Blutkörperchen aufwiesen. Das brachte sie auf die Idee, der Giftstoff könne der Krebstherapie neue Wege eröffnen. Goodmans und Gilmans Studien zeigten: Senfgas bremst bei Mäusen das Wachstum bösartiger Tumore.

Die Schulmedizin argumentiert meist so:

Wenn der Patient nach der Chemotherapie stirbt, dann ist er trotz Chemotherapie gestorben.

Wenn der Patient nach der Chemotherapie überlebt, dann hat er aufgrund der Chemotherapie überlebt.

Was dies für die Gesundheit der Mäuse bzw. später der Patienten allgemein bedeutete, zeigte sich wenig später: Der erste menschliche Patient, an dem die experimentelle Behandlung Anwendung fand, ist heute nur mehr unter den Initialen J.D. bekannt. Der Mann litt unter einem aggressiven Lymphom, einer chronischen Lymphknotenvergrösserung, seine Lage wurde als aussichtslos eingeschätzt. Tatsächlich schien die Chemotherapie zunächst erfolgreich zu verlaufen, denn vorübergehend sah es wirklich so aus, als würde der Knoten schrumpfen (Ersatzparameter). Doch nur drei Monate später meldete sich die Krankheit wieder zurück und J.D. starb. Trotzdem wurde der Behandlungsansatz als Erfolg gewertet und die Behandlungsmethode der Chemotherapie war geboren.

Das Grundprinzip der Chemotherapie ist bis heute unverändert: Wie die Ursprungssubstanz Senfgas basieren all diese Medikamente auf Zellgiften, sogenannten Zytostatika, die Krebszellen abtöten oder in ihrem Wachstum hemmen sollen. ***(tk)***

Quelle: fr.de, Ein Kampfstoff als Lebensretter, 16.08.17





Fotos: fotolia



Rückkehr aggressiverer Tumore durch Chemotherapie?

Wenn man eine Chemotherapie mit einer anderen Chemotherapie vergleicht...



Stimmt das wirklich?



Während die meisten Studien entweder keinen oder nur einen sehr geringen Nutzen der Chemotherapie nahelegen, deuten andere Forschungsergebnisse in eine noch bedenklichere Richtung: Nämlich, dass die Verwendung einer Chemotherapie in manchen Fällen nicht nur nicht funktioniert, sondern erheblichen Schaden anrichtet. Viele Mediziner beobachteten bereits, dass sich der Tumor nach einem temporären Schrumpfen in umso aggressiverer Form zurückmeldete. Prof. Dr. Thomas Dittmar veröffentlichte im Jahr 2011 im deutschen Ärzteblatt eine mögliche Erklärung für diesen Umstand. Laut seinen Untersuchungen, die an der Universität Witten-Herdecke durchgeführt wurden, handelt es sich bei einem Tumor um chronisch entzündetes Gewebe. Der massive Angriff durch Chemo- und Strahlentherapie verstärke diese Entzündung noch, woraufhin der Körper versuche, zur Behebung Stammzellen aus dem Knochenmark anzulocken, die als körperinterne Reparaturkolonne fungierten. Auf diese Weise versuche der Körper, das zerstörte Gewebe nach der Chemotherapie zu regenerieren. Die Krebszellen verbänden sich mit den Stammzellen und fusionierten auf die Weise zu sogenannten «Hybridzellen». Diese aber seien gegenüber den verwendeten Chemotherapeutika häufig resistent und legten im Gegensatz zu den reinen Tumorzellen ein aggressiveres Wachstum und ein erhöhtes Potential zur Metastasierung an den Tag. ***(tk)***

Quelle: aerzteblatt.de, Wie Stammzellen Krebserkrankungen beeinflussen, 2011

2004: Der Spiegel betitelt Chemotherapie als «Giftkur ohne Nutzen»

DER SPIEGEL

In einem Spiegel-Artikel aus dem Jahr 2004 mit dem Titel «Giftkur ohne Nutzen» kommen mehrere renommierte Ärzte zu Wort, die in drastischen Worten mit der Chemotherapie als Behandlungsmethode für Krebs abrechnen. U.a. beklagte sich der Epidemiologe Dieter Hölzel darüber, dass es in der Krebsforschung keinerlei systematische Dokumentation gebe. Bei allzu vielen Studien handle es sich um Trickstudien der Pharmaindustrie, die einzig das Ziel verfolgten, die Behandlung mittels eines bestimmten Medikamentes zu rechtfertigen. In solchen Studien würden Äpfel mit Birnen verglichen, zum Beispiel Patienten mit Metastasen mit solchen ohne Metastasen. Andere Studien würden Patienten mit einem früh erkannten Krebs, mit solchen vergleichen, deren Krebs erst in einem späteren Stadium entdeckt wurde.

Der Spiegel-Autor Jörg Blech bemerkte, dass entscheidende Vergleichsstudien fehlten, in denen mit Chemotherapie behandelte und unbehandelte Patienten miteinander verglichen werden. Obgleich der Vergleich zwischen Behandelten und nicht Behandelten eigentlich am naheliegendsten ist, um die Wirksamkeit einer bestimmten Therapie bewerten zu können. «In klinischen Studien vergleichen die Hersteller stets nur neue mit alten Zellgiften; Kontrollgruppen, die gar nicht behandelt werden, gibt es nicht. Um auf dem Markt zugelassen zu werden, reicht es, an

> **«Für das Überleben von Frauen mit fortgeschrittenem Brustkrebs hat die Chemotherapie bisher praktisch nichts gebracht - viel Lärm um nichts.»**
>
> *Prof. Dr. med. Gerhard Schaller, Gynäkologe von der Universität Bochum*
>
> Quelle: Der Spiegel, Giftkur ohne Nutzen, 2004

> «[Man muss feststellen, dass] bei den meisten Organkrebsen keinerlei Belege dafür existieren, dass die Chemotherapie - speziell auch die immer mehr um sich greifende Hochdosistherapie - die Lebenserwartung verlängert oder die Lebensqualität verbessert.»
>
> *Prof. Dr. med. Ulrich Abel, Epidemiologe von der Universität Heidelberg*
>
> Quelle: Der Spiegel, Giftkur ohne Nutzen, 2004

einer kleinen Schar handverlesener Testpersonen irgendeinen Vorteil gegenüber einem bereits zugelassenen Zellgift ‹statistisch signifikant› erscheinen zu lassen,» so Blech. Ausnahmen bestätigen heute die Regel.

Vernichtende Urteile

Einer der bekanntesten Akademiker, der den Nutzen der Chemotherapie in Zweifel zog, war der Epidemiologe Ulrich Abel von der Universität Heidelberg. Ein Jahr lang hatte er mehrere tausend Publikationen zur Chemotherapie gesichtet. Erschüttert stellte er fest, dass «bei den meisten Organkrebsen keinerlei Belege dafür existieren, dass die Chemotherapie - speziell auch die immer mehr um sich greifende Hochdosistherapie - die Lebenserwartung verlängert oder die Lebensqualität verbessert».

Besonders aussagekräftig wirkt in diesem Zusammenhang die Äusserung des inzwischen verstorbenen Klaus Thomsen, ehemaliger Direktor der Gynäkologie an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, der in dem Spiegel-Artikel mit folgendem Satz zitiert wird: «Es sollte uns nachdenklich stimmen, wenn eine zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten sagt: An mir würde ich eine solche Therapie nicht vornehmen lassen.»

Und tatsächlich, was die Empirie abseits der klinischen Studien betrifft, zeichnete sich 2004 nach Dieter Hölzel ein klares Bild ab: «Was das Überleben bei metastasierten Karzinomen in Darm, Brust, Lunge und Prostata angeht, hat es in den vergangenen 25 Jahren keinen Fortschritt gegeben.» Die Überlebensrate bei Brustkrebs sei im Laufe der Jahre sogar gesunken. Dabei handelte es sich laut Hölzel möglicherweise nur um zufällige Schwankungen ohne Aussagekraft; aber Schlimmeres hielt er auch nicht für ausgeschlossen: «Ich befürchte, dass die systematische Ausweitung der Chemotherapie gerade bei Brustkrebs für den Rückgang der Überlebensraten verantwortlich sein könnte.» ***(as)***

Quelle: Der Spiegel, Giftkur ohne Nutzen, 2004



> «Was das Überleben bei metastasierten Karzinomen in Darm, Brust, Lunge und Prostata angeht, hat es in den vergangenen 25 Jahren keinen Fortschritt gegeben.»
>
> *Prof. Dr. med. Dieter Hölzel, Epidemiologe*
>
> Quelle: Der Spiegel, Giftkur ohne Nutzen, 2004

> «Es sollte uns nachdenklich stimmen, wenn eine zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten sagt: An mir würde ich eine solche Therapie nicht vornehmen lassen.»
>
> *Prof. Dr. med. Klaus Thomsen, ehemaliger Direktor der Gynäkologie an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf*
>
> Quelle: Der Spiegel, Giftkur ohne Nutzen, 2004

> «Es gab und gibt keine Erfolge. Da werden riesige Mengen von Frauen behandelt, ohne dass ein Nutzen tatsächlich bewiesen wäre. Wenn Sie das den Patientinnen sagen, die verzweifeln ja total.»
>
> *Prof. Dr. Wolfram Jäger, Leiter der Gynäkologie der Städtischen Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf, über die Chemotherapie bei Brustkrebs*
>
> Quelle: Der Spiegel, Giftkur ohne Nutzen, 2004

Allgemein lässt sich feststellen: Alle drei herkömmlichen Krebstherapien (Operation, Chemo- und Strahlentherapie) basieren auf der Zerstörung des Tumors, was laut zahlreichen Studien extreme Risiken mit sich bringt, die die Vorteile der Entfernung bzw. der Bekämpfung des Tumors überwiegen. Kommt hinzu, dass die Studienlage zu den herkömmlichen Behandlungsmethoden bisher keinen klaren Vorteil für den Patienten erkennen lässt. Es gibt demnach genug Gründe, sich gegen den schulmedizinischen Ansatz der Krebsdiagnose und -behandlung zu entscheiden. *(tk)*



Ergebnisse von Studien und anderen Recherchen:

Vorsorgeuntersuchungen/Screenings allgemein nutzlos? Auch in Bezug auf Krebs? (siehe S.38 f.)

Kein Gesamtüberlebensvorteil bei Brustkrebsscreenings (S.40 ff.)

Innerhalb von zehn Jahren werden 15.000 Frauen allein in Deutschland einer sinnlosen Brustkrebsbehandlung unterzogen. (S.45)

Screenings und Vorsorge-Eingriffe sind gefährlich: Metastasen durch Abtasten und Biopsie (S.49)**, durch Biopsie** (S.51) **oder Konisation** (S.70 f.) **teilweise schwere gesundheitliche Schäden, Röntgenstrahlen nachweislich krebserregend** (S.44 u. S.48 f.)**. Teilweise sogar unnötige Amputation der Brüste und Eierstöcke** (vorsorgliche Verstümmelung, S.47 f.)**.**

Zwischen 1976 und 2008 wurden allein in den USA 1,3 Millionen Frauen grundlos gegen Brustkrebs behandelt. (S.46)

Kein Gesamtüberlebensvorteil bei Prostata-Krebs-Screenings (S.51 ff.)

Zwischen 1986 und 2005 eine Million Amerikaner unnötig an der Prostata operiert. Mindestens 5000 starben direkt nach der Operation. (S.55 f.)

97% aller Prostatakrebs-Behandlungen unnötig (S.56 u. 59)

Schilddrüsenkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Haut- und Nierenkrebs: Mit Einführung der Screenings steigt die Anzahl der diagnostizierten Fälle, ohne Auswirkungen auf das Gesamtüberleben. Ergo: Wer suchet, der findet, und behandelt sehr oft unnötigerweise. Man spricht von einer «Überdiagnose». (S.55 u. 58)

Einführung des Hautkrebs-Screenings 2008 in Deutschland ohne aussagekräftige Zulassungsstudie (S.65 ff.)

Nachteil für das Gesamtüberleben bei Eierstockkrebs-Screenings. Härter ausgedrückt: Patienten wurden durch das Screening umgebracht. (S.68 f.)

Fünf von sechs gescreenten Frauen werden durch Überdiagnose sinnlos Eierstöcke entfernt. (S.68 f.)

Der Anstieg der Krebs-Fallzahlen erklärt sich also u.a. durch über- bzw. fehldiagnostizierte Patienten (andere Faktoren ab S.92)**.**

Dutzende Grundlagenstudien zu Krebs-behandlungen wissenschaftlich wertlos! (S.24)

Schwere Langzeitschäden durch die Behandlung: Dauerhafte Schmerzen, Entzündungen, Geschwüre, Unfruchtbarkeit, Impotenz, Herz- und Kreislaufprobleme, Schädigung der Nervenbahnen und vieles mehr (S.83 f.)**. Studie ergab, dass 95% ehemaliger Kinderkrebspatienten an chronischen Beschwerden leiden.** (S.85) **«Krebsfrei» bedeutet allzu oft eben nicht «gesund».**

Wie die Ergebnisse auf der linken Seite (und andere negative Ergebnisse) verzerrt (oder gar nicht) dargestellt werden (können):

Wissenschaftlich katastrophal, doch durchaus geläufig bei Studien: Alle Teilnehmer werden derselben Diagnose/Behandlung unterzogen. Keine Kontrollgruppe! Aussagekraft: Nahe Null! (S.65 ff. u. S.77)

Fehlerhafte Randomisierung, keine dreifache Verblindung, zu geringe Laufzeit. (S.16 ff. u. S.78 f.)

Selektive Auswahl von positiven Studien, Nicht-Erwähnung negativer Studien. (S.16 ff.)

Kein Vergleich Diagnostizierter/Behandelter nicht mit Nicht-Diagnostizierten/Behandelten. Z.B. alte Diagnose/Behandlung wird mit neuer Diagnose/Behandlung verglichen. (S.81 u. S.87 f.)

Untersuchung von Ersatzparametern wie Gewebeveränderungen (S.36 ff.), PSA- (S.51 ff.) oder PAP-Wert (S.70 f.), Tumorwachstum (S.77 ff.), um vom eigentlichen Gesundheitszustand des Patienten abzulenken.

Nicht-Untersuchung des Gesamtüberlebens, sondern des Überlebens einer Krankheit. Selbst wenn die Diagnostizierten/Behandelten im Durchschnitt keinen Tag länger leben, werden sie als «vom Krebs geheilt» gewertet. (S.41 ff.)

Wertung von «Fünf Jahre weiterleben» als «geheilt». Es wird nicht untersucht, ob Diagnostizierte/Behandelte im Durchschnitt länger leben als Nicht-Diagnostizierte/Behandelte. Doch darauf kommt es an! (S.54 ff.)

Wertung harmloser Gewebeveränderungen, die niemals zu behandlungswürdigen Symptomen geführt hätten, als «Krebs» bzw. «Krankheit». Nach deren Entdeckung fünf Jahre weiterzuleben, wird als «geheilt» gewertet. Überdiagnose! (S.36 ff.)

Nennung relativer Zahlen (20% Risiko-Reduktion/höhere Überlebenschance) anstatt absoluter Zahlen (In einer Gruppe von 1000 erhöht sich die Anzahl der Überlebenden von 4 auf 5, 0,1% Risiko-Reduktion/höhere Überlebenschance). (S.40 f., S.60 u. S.72)

Nicht-Erwähnung der Anzahl überflüssiger Eingriffe durch Überdiagnosen oder falsch-positive Tests. (S.60 f.)

Herunterspielen der psychischen und körperlichen Tortur bei Screenings: Psychisch extrem belastend (S.42 f.), Biopsien (S.49 u. S.51) und Vorsorgeeingriffe wie die Konisation (S.70 f.) schmerzhaft.

Herunterspielen des Gesundheits-Risikos durch Screenings (S.47 f., 48 f., 49, 51 u. 70 f.)

Herunterspielen der psychischen und körperlichen Tortur einer Behandlung: Extreme körperliche und seelische Leiden bei den drei herkömmlichen Krebsbehandlungen, die auf der Zerstörung bzw. Entfernung des Tumors basieren. (S.80 ff.)

Herunterspielen der schweren Langzeitschäden durch die Behandlung (S.80 ff.)

Wenn Diagnostizierte/Behandelte mit nicht mit Nicht-Diagnostizierten/Behandelten verglichen wurden und dabei tatsächlich das Gesamtüberleben untersucht wurde, reicht eine längere Lebenszeit von einem oder wenigen Monaten bei den Diagnostizierten/Behandelten bereits als Nützlichkeitsnachweis aus. Was ist «ein paar Monate mehr leben» wert, wenn man die Leiden einer herkömmlichen Krebsbehandlung durchlaufen muss? (S.78 ff.)



Alternative Ansätze



Foto: Lightspring/Shutterstock

Das Geheimnis der «Krebs-Diät»

Auf einen Blick

- **Während die Schulmedizin den klaren Beweis für die Nützlichkeit ihrer Vorsorgemethoden und Therapien schuldig bleibt (siehe S.38 ff.), führen alternative Ansätze zur Vorbeugung und Behandlung von Krebs ein Schattendasein.**
- **Alternative Krebsvorsorge und -behandlung wird nicht weiterverfolgt, totgeschwiegen oder diffamiert. Von einfachen Wahrheiten wird abgelenkt oder sie werden kompliziert dargestellt, um Verwirrung zu stiften.**
- **Obwohl die Schulmedizin manchen alternativen Ansätzen zustimmt (meist im Kleingedruckten), werden diese den Patienten nicht ausreichend vermittelt. Sie gehen in der Hauptbotschaft unter, an Vorsorge-Screenings und den herkömmlichen Behandlungsmethoden führe kein Weg vorbei.**
- **Eigentlich bauen die meisten alternativen Ansätze auf jahrtausendealten Binsenweisheiten auf, die in der Schulmedizin sträflich vernachlässigt werden: Zucker ist ungesund, Übergewicht auch. Gemüse ist gesund. Bewegung tut gut. Eine angeschlagene Psyche kann sich auf die Gesundheit auswirken. Wahrheiten, die auch die Schulmedizin kennt, die sie jedoch meist zu Randaspekten degradiert.**

Wir schreiben das Jahr 2024. Endlich ist es so weit: Pünktlich zum 60. Jubiläum des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg verkündet dessen Leiter auch den endgültigen Sieg über den Krebs und die Schliessung des DKFZ. Nach 60 Jahren und vielen Milliarden D-Mark bzw. Euro ist die «Bestie Krebs» endlich besiegt, und die rund 3.000 Mitarbeiter des DKFZ können sich beglückt anderen Aufgaben zuwenden. Der Aufwand hat sich also gelohnt.

Aber das ist natürlich eine Utopie. Ob wir dieses Szenario oder etwas Ähnliches noch erleben werden? Ihre Verwirklichung ist kaum vorstellbar! Denn der Trend zeigt in eine andere Richtung: Trotz solch vortrefflicher Grossforschungseinrichtungen steigen die Krebsraten dramatisch an. Jedes Jahr rafft die tückische Krankheit weltweit Millionen Menschen dahin, und es werden immer mehr. Rein rechnerisch erkrankt heute jeder dritte Europäer im Laufe seines Lebens an Krebs. In Deutschland sind es jedes Jahr fast eine halbe Million Menschen. Nach den Herz- und Kreislauferkrankungen ist Krebs hierzulande die zweithäufigste Todesursache. Und was passiert? Nichts! Jedenfalls nicht in Bezug auf eine entscheidende Eindämmung der Krankheit. Trotz aller Chemo- und Hightech-Therapien steigt die Zahl der Krebsfälle an. Die Zahl der Krebsfälle weltweit dürfte sich nach einer Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis 2040 fast verdoppeln. Das geht aus dem alle fünf Jahre erstellten Weltkrebsreport der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) hervor. 2018 erkrankten demnach weltweit 18,1 Millionen Menschen neu an Krebs, 9,6 Millionen Menschen starben daran. Im Jahr 2040 dürften etwa 29 bis 37 Millionen Menschen neu an Krebs erkranken, berichtete die IARC zum Weltkrebstag im Februar 2020. [1]

Irgendetwas kann hier also nicht stimmen: Wie ist das trotz all der schulmedizinischen Therapien möglich? Trotz all der Götter in Weiss in ihren festungsartigen Termitenbauten voller medizintechnischer Fetische? Wird die Menschheit langsam vom Krebs aufgefressen? Oder eher vom medizinisch-industriellen Komplex?

zur Krebsbehandlung



Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg forscht an der Entstehung und Behandlung von Krebs. Die Ergebnisse sind allerdings mehr als ernüchternd.
Foto: Rudolf Stricker (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Heidelberg_DKFZ_Neuenheimer_Feld_20120501.jpg) https://www.gesetze-im-internet.de/urhg/index.html

Geheilt und trotzdem tot

Nicht doch – das Ganze liege nur daran, dass wir immer älter werden und damit die Wahrscheinlichkeit für eine Krebserkrankung bei jedem Einzelnen zunehme, behauptet die Krebsmedizin. Was im Umkehrschluss bedeutet, dass in Wirklichkeit zumindest «altersbereinigt» Stillstand an der Krebsfront herrscht. Keineswegs, denn schliesslich sei man heute so weit, «dass wir jeden zweiten Patienten und jede zweite Patientin heilen können», rühmte sich 2014 DKFZ-Vorstand Otmar D. Wiestler aus Anlass des 50. Jubiläums seiner Wissenschaftsfestung. «Das ist ein erheblicher Fortschritt, verglichen zu den sechziger Jahren, als das Krebsforschungszentrum gegründet worden ist.» Aber was bedeutet schon «geheilt»? Wie bereits aufgezeigt (siehe S.38 ff.) kann man von Krebs «geheilt» werden und trotzdem keine gesundheitliche Besserung erfahren. Denn um als «geheilt» zu gelten, muss ein Patient in der Regel nur fünf Jahre krebsfrei bleiben.

Die vermeintlichen Erfolge dienen lediglich dazu, den enormen finanziellen Aufwand zu rechtfertigen, und verstellen den Blick auf eine simple Tatsache: Gemessen an dem Gesamtproblem hat die Krebsforschung bis heute noch immer nichts Entscheidendes geleistet. Gefragt sind nämlich nicht nur marginale Verbesserungen und statistische Tricks, welche die Forschung für weitere Jahrzehnte in die Länge ziehen, sondern wirkliche Durchbrüche. Kann es sein, dass ganze Forschergenerationen immer noch keine Ahnung haben, wie man den Krebs wirklich «besiegen» kann? Oder leben sie einfach zu gut davon? Offenbar ja. Und so «versterben immer noch viele Menschen an Krebs», räumte Wiestler ein, und so werde man «noch erhebliche Forschungsanstrengungen brauchen, um auch denjenigen zu helfen, die wir heute noch nicht erfolgreich behandeln können». [2] Im Klartext heisst das, dass das Deutsche Krebsforschungszentrum auch in den nächsten 100 Jahren über 200 Millionen Euro pro Jahr haben möchte. Da stellt sich die Frage: Ist die moderne Krebsmedizin wirklich Teil der Lösung? Oder eher Teil des Problems?

Krebs erfreut sich bester Gesundheit

Milliardenschwere Forschungs- und Pharmaetats haben den Krebs bislang nicht besiegen können. Aber will man das überhaupt? Denn was würde dann mit den milliardenschweren Etats für die gesamte Krebsindustrie geschehen? Eben. Also erfreut sich der Krebs weiter bester Gesundheit, und die Medizin kommt einfach nicht darauf, wie man ihn endlich besiegen könnte. Es ist ja auch einfach zu kompliziert. Was nicht alles Krebs erregt: Alkohol, Zigaretten, Grillfleisch, Übergewicht, Bewegungsmangel, Sonnenlicht (UV-Strahlung), Luftschadstoffe, Radioaktivität, aber auch Farben, Reinigungsmittel, Möbelpolituren und anderes mehr. Kurz, unser gesamter moderner Lebenswandel steht unter Krebsverdacht. Eigentlich können wir den Krebs nur besiegen, indem wir uns gleich selbst umbringen. Das heisst ... Doch dazu gleich mehr.

Zunächst: Die Forschung über die Krebsentstehung sieht den Wald vor lauter Bäumen nicht. Sie verirrt sich immer tiefer im Mikrokosmos: Ist es nun dieses oder jenes Gen? Welche Rolle spielen Zellstoffwechsel

Der hochqualifizierte Radiologe Dr. med. Gerd Reuther schreibt in seinem Spiegel-Bestseller «Der Betrogene Patient»:

«Hierzulande werden immer wieder Forschungsschwerpunkte mit viel öffentlichem Geld geschaffen. So das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg, das vor der Angstkulisse einer Auslöschung der Menschheit durch Krebserkrankungen 1964 ins Leben gerufen wurde. Ein halbes Jahrhundert nach seiner Gründung sind fast alle Krebserkrankungen unverändert unheilbar. Trotz eines Budgets von inzwischen mehr als 200 Millionen Euro und fast 3.000 Mitarbeitern in mehr als 90 Abteilungen und Forschungsgruppen sind Meilensteine zum Segen der Menschheit nicht zu vermelden.»

Quelle: Reuther, G.: Der betrogene Patient. München, riva Verlag, 2017, S.95







Foto: Rystheguy (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:International_Center_for_Research_on_Cancer_(IARC)_Headquarters_Exterior.jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.en

Die Internationale Agentur für Krebsforschung, kurz IARC, ist eine Einrichtung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Lyon/Frankreich. Hier wird international der Standard gesetzt, was als krebserregend gilt und was nicht. Ein weiterer kleiner Baustein der Vereinheitlichung des Planeten durch die UNO (Ausgabe 22).



Vielfalt ist unsere Stärke!

Globaler Pakt für Migration: Das Ende der Welt, wie wir sie kannten

Durch die Legalisierung jeglicher Migration wird die Auflösung unserer Gesellschaft vorangetrieben. Seite 70

UNO-Geschichte: Ein Projekt von Imperialisten und Kriegsherren

Britische Imperial-Strategen erdachten ein effektiveres Modell als Krieg und Eroberung, um ihre Macht auszudehnen. Seite 4

ExpressZeitung

Ausgabe 22, Dezember 2018

CHF 9.50 / Euro 8.00

G 20

UNsichtbar und UNbemerkt hin zur neuen Weltordnung

Sich gegen einen unsichtbaren Gegner zu wehren, gestaltet sich als schwierig. Doch wie wehrt man sich gegen einen unsichtbaren Gegner, von dem man gar nicht erst weiss, dass es ihn gibt? Gibt sich dieser dann auch noch als Freund, Beschützer und als einzige Hoffnung für die eigene Zukunft in Frieden und Sicherheit aus, spätestens dann hat man ein richtiges Problem. Ein solcher Freund, Beschützer und einzige Hoffnung für eine Zukunft in Frieden, Sicherheit und Freiheit gibt die UNO der Menschheit seit jeher vor zu sein und arbeitet in Wirklichkeit konsequent am Gegenteil: der Schwächung souveräner Nationalstaaten, derer Grenzen, Wirtschaft, Rechtssysteme und gesellschaftlichen Strukturen wie Familien, Geschlechter, Traditionen und Identität hin zu deren Auflösung in einer sozialistischen Weltregierung unter ihrer Führung, einer neuen Weltordnung! Fortsetzung auf Seite 2

Die UNO als globale sozialistische Räteregierung

Sind die Vereinten Nationen eine Institution zur Errichtung des Sozialismus im Weltmassstab? Seite 34

Gender Mainstreaming: Geschlechter-Gleichschaltung durch die UNO

Die internationale Agenda des Gender Mainstreamings wurde auf der UN-Weltfrauenkonferenz 1995 in die Wege geleitet. Seite 46

UNESCO: Inklusion und Frühsexualisierung weltweit

Wie die UNO nationale Bildungssysteme sabotiert. Seite 56

«Manche glauben gar, wir seien Teil einer geheimen Kabale, die entgegen der besten Interessen der USA arbeitet, charakterisieren mich und meine Familie als ‹Internationalisten› und Verschwörer, die gemeinsam mit anderen weltweit eine integrierte globale politische und wirtschaftliche Struktur schaffen – eine einheitliche Welt, wenn Sie so wollen. Wenn das die Anklage ist, dann bin ich schuldig, und ich bin stolz darauf.»

David Rockefeller, dessen Familie das Grundstück des UN-Hauptsitzes in New York gestiftet hat, in seinen Memoiren «Erinnerungen eines Weltbankiers»

Auch in der Schaffung globaler Standards in der Krebsvorsorge sind die Vereinten Nationen tonangebend. Ihre IARC bestimmt, welche Stoffe als «krebserregend» gelten und welche nicht. Ein entscheidendes Einfluss-Instrument, um wirksame Heilungs-Ansätze schon im Ansatz zu kaschieren bzw. zu verhindern. Wie und warum die UNO als internationaler Befehlskörper daran arbeitet, die Welt gleichzuschalten sowie nach ihren Vorgaben zu transformieren, erfahren Sie u.a. in unserer **Ausgabe 22 – Thema: UNsichtbar und UNbemerkt hin zur neuen Weltordnung**.

➔ und Mutationen? Gilt nun eher das monoklonale oder das Stammzellenmodell? Oder vielleicht das Mehrschritt- bzw. das Dreistufenmodell? Welche Rolle spielen Tumorsuppressorgene, und was ist mit Reduplikation und Apoptose? Es steht zu befürchten, dass Forscher auch in den kommenden Jahrzehnten auf der Suche nach dem einen «Krebsschalter» den Menschen immer weiter in seine Bestandteile zerlegen und atomisieren werden, ohne eine Antwort zu finden. Oder will man sie etwa gar nicht finden? Irgendwie ist es wie mit dem Automechaniker, der einem liegengebliebenen Fahrzeug mit dem Mikroskop zu Leibe rückt und sich erst einmal mit der Molekularstruktur des Auspuffs beschäftigt, statt einfach nachzusehen, ob sich genügend Sprit im Tank befindet. Auf der Mikroebene wird er den Tank jedoch nicht finden, und wenn, dann dauert es Jahre. Dass hier schlicht auf der falschen Ebene gesucht wird, leuchtet unmittelbar ein. Den Grund, warum das Auto nicht fährt, wird man nicht auf der Mikro-, sondern nur auf der Makroebene finden. Und beim Krebs soll das alles anders sein? Hier wird der Mensch in seine Moleküle zerlegt und, wenn es sein muss, auch in seine Atome.

Die Forscher gucken so angestrengt in ihr Mikroskop und bohren so lange im Mikrokosmos herum, dass sie die scheunengrossen Antworten glatt übersehen: Bei Krebs fällt auf, dass sich die Wissenschaftler immer mehr auf die molekularen Vorgänge konzentrieren und dabei den Blick für das grosse Ganze verlieren. Sie ähneln dabei Kindern, die sich im Wald verirren. Oder verirren wollen? Deshalb soll das Thema hier einmal ein bisschen anders «angedacht» werden, als die Medien das normalerweise tun. Vielleicht gelingt es so, einen neuen Zugang zu entdecken oder einen bereits vorhandenen noch besser zu «asphaltieren».

Guten Appetit, Tumor!

Fangen wir mit einer einfachen Frage an: Was ist eigentlich Krebs? Oder besser gesagt: Was ist eigentlich ein Tumor? Die naheliegende Antwort, die man allerdings viel zu selten hört, lautet natürlich: Der Krebs ist ein Lebewesen! Obwohl es uns durch ihre vermeintliche Unbesiegbarkeit so vorkommt, sind Krebs und Tumoren keine übersinnlichen Existenzen, die sich quasi von den Naturgesetzen verabschiedet haben. Wie jedes andere Lebewesen muss auch der Tumor zum Beispiel «essen». Er braucht Energie. Und wenn er die nicht bekommt, gerät er in Schwierigkeiten. Vereinzelt klingt das an, wenn die Wissenschaft staunend beobachtet, dass Tumoren eigene Blutgefässe anlegen, von denen sie versorgt werden. Denn was fliesst in diesen Blutgefässen? Richtig: Blut. Und was transportiert dieses Blut? Richtig: Nährstoffe und Energie! Ergebnis Nr. 1 lautet also: Auch ein Tumor muss etwas «essen». Und dieses Essen bekommt er von uns. Letztlich haben also wir die Gewalt über den Tumor und nicht der Tumor über uns! Und damit bestimmen wir auch, was die Geschwulst bekommt und was nicht. Das heisst mit anderen Worten: Nicht wir sind dem Tumor, sondern de facto ist der Tumor uns ausgeliefert! Das kann man auch ganz leicht beweisen. Denn wenn man die Sache einmal zu Ende denkt, können wir ihn spätestens umbringen, wenn wir uns selbst zu Tode hungern. Fakt ist also: Letztlich sitzt der Krebs in unserem Boot und nicht wir in seinem. Er braucht uns und nicht wir ihn. Und das ist doch schon mal eine erstaunliche und wichtige Erkenntnis.

Wer zuerst stirbt, hat verloren

Wenn auch nur eine akademische. Denn sich umzubringen, um den Krebs zu besiegen, wäre doch eine ziemlich dumme Therapie! Wirklich? Wird diese Therapie nicht millionenfach in unseren Krankenhäusern angewendet? Werden nach exakt diesem Muster nicht Menschen bestrahlt und vor

allem in der fragwürdigen Hoffnung, dass der Krebs zuerst sterbe, mit Chemotherapien vergiftet? Ein etwas merkwürdiges Spiel nach dem Motto: Wer zuerst stirbt, hat verloren. Und wenn der Patient im Grab liegt, ist der Krebs ja auch besiegt – oder nicht? So gesehen, sind unsere Mediziner die reinsten Siegertypen. Stellen Sie sich vor, Sie hätten eine Schädlingsplage im Haus. Und während Sie den Kammerjäger rufen, damit er Sie und die lieben Tierchen nach allen Regeln der Kunst vergiftet, stellen Sie dem Viehzeug täglich auch noch eine üppige Schale Zuckerwasser hin! Wäre das nicht absurd? Und ob. Aber der Kammerjäger wird natürlich den Teufel tun, Sie auf diesen Irrsinn hinzuweisen. Denn so müssen Sie ihn immer wieder rufen. Und während Millionen Menschen mit derart fragwürdigen Methoden behandelt werden, sagt ihnen niemand, dass sie endlich aufhören sollen, ihren Tumor zu füttern.

Der Tumor ist ein Junkie

Während die Mehrzahl der Ärzte entweder nichts weiss oder aber eisern schweigt und weiter auf Gift und Strahlen setzt, haben einige wenige Mediziner angefangen, sich mit diesen Fragen zu befassen. Sie sind die Helden in diesem Spiel. Doch davon später mehr. Unser erstes Ergebnis bestand also darin, dass wir das Verhältnis von Krebs und Mensch vom Kopf auf die Füsse gestellt haben: Wie jedes andere Lebewesen braucht auch der Tumor Nahrung, und wenn er die nicht mehr bekommt, verkümmert und stirbt er. Wir dürfen dem Krebs also keine Nahrung mehr liefern. Ergebnis Nr.2: Rein logisch gesehen, ist der Krebs also von uns abhängig und nicht wir von ihm. Wie auch immer der verdammte Tumor tickt – wir dürfen ihn nicht mehr füttern! Damit ist der angeblich so übermächtige Krebs in Wahrheit äusserst verwundbar. Denn genau wie ein Junkie ist er von einem ganz bestimmten Stoff abhängig. Und wenn ihm dieser Stoff entzogen wird, bekommt er enorme Probleme bis hin zu Entzugserscheinungen und Exitus. Aber sterben wir dann nicht auch? Nicht unbedingt, denn die gute Nachricht ist, dass wir nicht im selben Masse von diesem Stoff abhängig sind wie der Krebs. Dass wir also auf diesen Stoff notfalls verzichten können, der Krebs aber nicht.

Um was für einen Wunderstoff handelt es sich denn nun? Und warum haben wir noch nie etwas davon gehört? Nun, vereinzelt konnte man durchaus etwas davon hören, aber eben nur vereinzelt und im Medizinbereich nur am Rande. Dort werden die einfachen Wahrheiten über Krebs in der Regel totgeschwiegen. Diese Sichtweise auf den Krebs hat sich also leider noch nicht einmal ansatzweise durchgesetzt. Stattdessen wird sie gnadenlos bekämpft. Und deswegen ist sie hier auch ein Thema. Wie gesagt, ein Tumor ist ein Lebewesen, genauer: ein Verband aus Zellen, die sich explosionsartig vermehren. Nehmen wir beispielsweise eine Laborschale, in der Bakterien oder andere Zellen gezüchtet werden. Um das Zellwachstum zu fördern, braucht man eine Nährlösung. Und diese Nährlösung enthält vor allem Zucker. Und auch unsere Krebszellen sind regelrecht verrückt nach Zucker! Und zwar, weil Zucker pure Energie ist.



U.a. Rauchen, UV-Strahlung und Fleisch werden besonders häufig als krebsauslösend oder krebsfördernd genannt. Gibt es da nicht noch einen Elefanten im Raum, der sträflich vernachlässigt wird?

Ein «raffinierter Brandbeschleuniger»

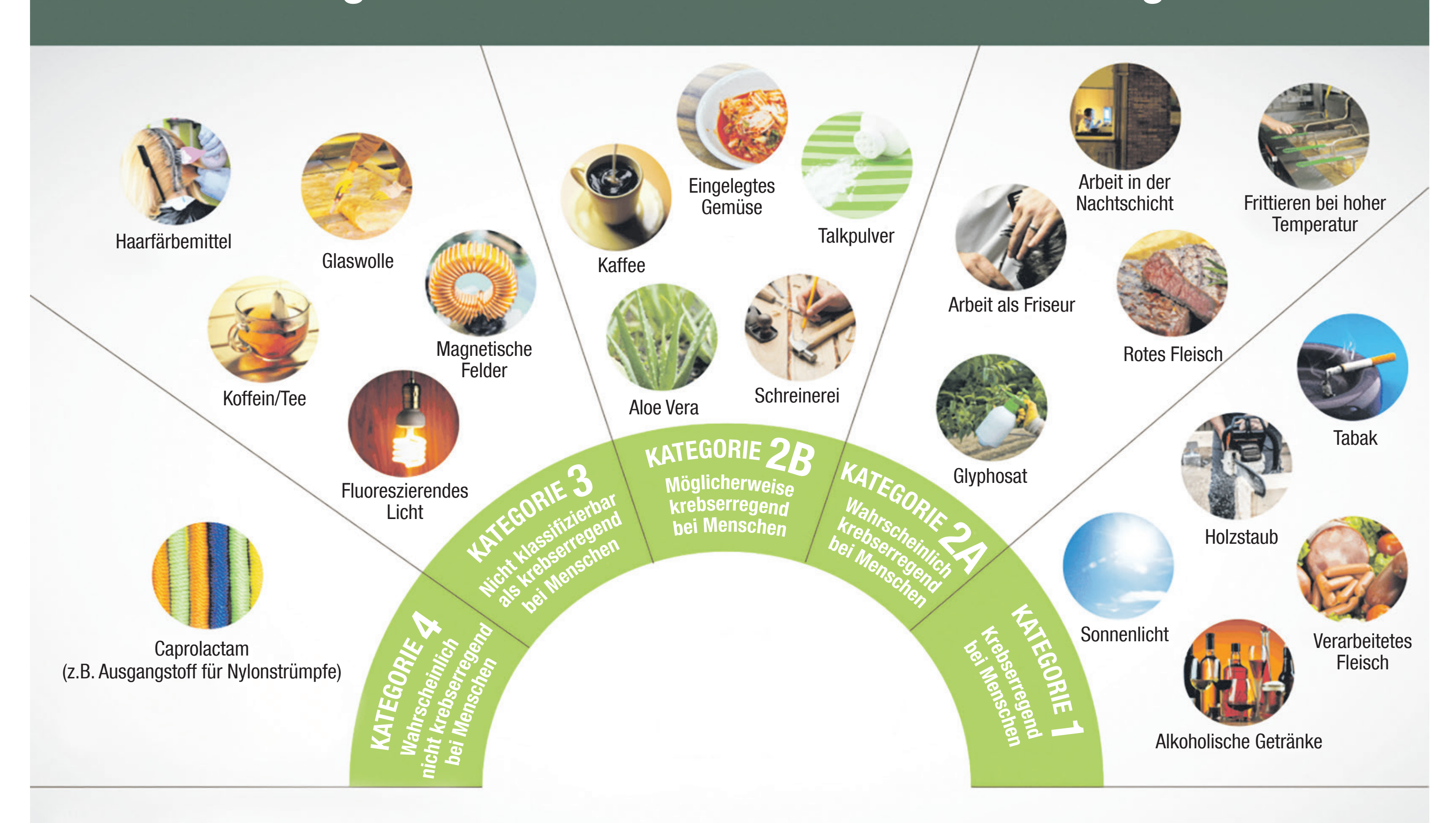
Womit wir bei den weniger bekannten Forschungsergebnissen wären: «An der Universität Harvard geht ein internationales Forscherteam einem unheimlichen Verdacht nach», hiess es einmal in einem ARD-Beitrag: «Die Wissenschaftler um Professor Lewis Cantley untersuchen, ob es wahrscheinlicher ist, an Krebs zu erkranken, wenn man viel Zucker isst. [...] Denn eines wissen die Forscher ganz sicher: Tumorzellen lieben Zucker!» Klar, denn der Tumor will schliesslich wachsen, und was wäre da besser als reinste Energie in Form von (Industrie-)Zucker. Raffinierter Zucker ist bereits so weit aufbereitet, dass er ohne weitere Verarbeitung und Verdauung im Körper verbrannt werden kann. Raffinierter Zucker ist also so etwas wie Benzin, und wenn man ihn einem Tumor gibt, wirkt er wie ein Brandbeschleuniger. Zwar können sich auch komplexere Zucker – wie beispielsweise natürlicher Fruchtzucker – negativ auswirken, nur sind sie eben nicht so schnell in so grossen Mengen verfügbar, weil sie erst «verdaut» werden müssen. Der «reine» Industriezucker schiesst dagegen sofort vom Darm ins Blut.

Die Achillesferse des Tumors

Der Zucker ist denn auch die Achillesferse des Tumors. Die Wissenschaftler kamen nun auf die Idee, den Krebs mit Hilfe seiner Zuckersucht zu entlarven. Die Methode ist ganz einfach: Man spritze dem Patienten eine Lösung, die einerseits viel Zucker enthält und andererseits radioaktiv ist, und schon kann man mit einem Röntgengerät (PET-Scan) sehen, wohin die Zuckerlösung wandert. An erster Stelle in die Nieren und ins Gehirn, das einen sehr hohen Glukosebedarf hat. Wenn nun «auf dem Scan aber sichtbar wird, dass auch andere Zellen des Körpers besonders gierig nach Zucker sind, lautet meist die Diagnose: Dort sitzt ein Tumor. Krebszellen



Klassifizierung der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) von «krebserregend» zu «wahrscheinlich nicht krebserregend»



Seit 1971 wurden 980 Wirkstoffe und Einflussgrössen von der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) untersucht, wobei 116 als krebserregend (Kategorie 1) und 360 als wahrscheinlich/möglicherweise krebserregend (Kategorien 2A und 2B) für Menschen identifiziert wurden. Die Liste dieser Faktoren ist online verfügbar. Von Zucker jedoch nicht die leiseste Spur im Online-Register der IARC: Suchbegriffe wie «Sugar» oder «Zucker» liefern kein Ergebnis. Im Gegensatz zu «Meat» oder «Sun». Wie in aller Welt kann die IARC es sich erlauben, diese absolut entscheidende und von fast allen täglich konsumierte Substanz einfach auszuklammern? Während Zucker nicht einmal als krebserregender Stoff in Betracht gezogen wird, nennt die WHO-Unterorganisation «Schreinerei», «die Arbeit als Friseur» oder «Aloe Vera» als wahrscheinlich/möglicherweise krebserregend. Die IARC-Liste listet wohlgemerkt keine «krebsfördernden», sondern «krebserregende» Stoffe, die Zellen entarten lassen. Dass der oberflächliche Betrachter diesen Unterschied nicht kennt, liegt auf der Hand. Ebenso auf der Hand liegt, dass eine eindeutig krebsfördernde Substanz wie Zucker auch krebserregend sein könnte. Wieso untersucht die IARC diese Substanz dann nicht?

➔ konsumieren so viel Zucker, weil sie sich sehr oft teilen. Aus Zucker gewinnen sie Bausteine für neue Krebszellen». [3] Auf dem PET-Scan erscheinen die Tumore als grosse dunkle Flecken. Davon haben Sie noch nie etwas gehört? Kein Wunder, denn der Sechs-Minuten-Beitrag lief an einem Montag um 17 Uhr in der Reihe W wie Wissen (ARD, 10.03.2013).

Moment – Zucker? Dachten wir nicht bisher, die wichtigsten Krebsfaktoren seien beispielsweise Bewegungsmangel, Junkfood und Alkohol? Allerdings – und deswegen müssen wir das Problem auch noch etwas abstrakter angehen und nicht nur von Zucker, sondern von Energie reden. Und damit haben wir den gemeinsamen Nenner dieser Krebsfaktoren entlarvt – sie alle führen zu einem Energieüberschuss im Körper:

- Zucker- und weissmehlhaltiges Junkfood (= Energie)
- Alkohol (vergorener Zucker = Energie)
- Bewegungsmangel (verhindert den Verbrauch der überschüssigen Energie)

Ganz zu schweigen vom zuckergetränkten Junkfood-Beiwerk wie Ketchup, süss-sauren Gurken und sogenannten Soft-Drinks, die alles andere als soft sind, sondern harte Drogen enthalten – nämlich Zucker für uns und unseren Tumor. Mit anderen Worten, Krebs ist vor allem ein Input-Output-Problem: zu viel Energie rein und zu wenig Energie wieder raus. Das Unheimlichste kommt aber noch: Tumore können auch unser Verhalten steuern, nämlich indem sie uns erst richtig Lust auf Zucker machen. Der Körper verfügt bekanntlich über Mechanismen, sich das zu holen, was er «braucht» oder haben will, beispielsweise in der Schwangerschaft. Auch Parasiten können das, und in gewisser Weise ist ein Tumor ja nichts anderes als ein Parasit: Er hat sich in uns eingenistet und lässt sich von uns verwöhnen. Und wenn er nicht genug bekommt, bestellt er eben Nachschub. Letztlich können alle Lebewesen in unserem Körper unsere Ernährung steuern, egal ob Föten, Parasiten oder Krebsgeschwulste. Und eigentlich weiss das auch die Schulmedizin. So kann der Tumor sowohl den Energiebedarf des Patienten erhöhen als auch sein Geschmacksempfinden verändern.

Wenn der Tumor Hunger hat

Einen besonders krassen Fall schilderte eine Nutzerin mit dem Alias «ploppy» im Forum «Hirntumorhilfe» (Rechtschreibung in Nutzerzitaten beibehalten):

«Mein Mann hat eine übermässige Verlangen nach Süsses – in Form von Spekulatius, Stollen, Gummibärchen usw. Sofort



Unser Autor Gerhard Wisnewski stürmt jedes Jahr wieder mit seinem Jahresrückblick «Verheimlicht – vertuscht – vergessen» die Bestsellerlisten. Unbedingte Leseempfehlung!

nach sein Frühstück fängt er an zu suchen. Ich glaube es kommt von sein Tumor der wieder angefangen hat zu wachsen. Ich versuche ihm zu sagen dass er futtert nur sein Tumor, der nach Zucker verlangt. Es ist ein regelrechte Kampf zwischen uns. Wenn ich nichts kaufe (oder kaufe und verstecke) dann wird er sehr aggressiv. Wiederum denke ich, vielleicht ist es sein letzte Weihnachten – vielleicht soll ich ihm alles gönnen. Aber wenn ich sehe wie er die Keks usw. verschlingt, denke ich das ich muss was dagegen tun. Aber was? Hat noch jemanden erfahren? Übrigens! Verzeihe meine Deutschfehler! Deutsche Sprache schwere Sprache.»

Das Zitat zeigt, dass eine gute Beobachtungsgabe und gesunder Menschenverstand ausreichen, um entscheidende Schlüsse zu ziehen:

- Der Krebs ist wild auf Zucker.
- Er bringt seinen «Wirt» dazu, die ganze Wohnung danach zu durchwühlen.
- Der Tumor hat wieder angefangen zu wachsen.

Krebspatienten wie der Beschriebene haben nicht nur ein starkes Verlangen nach Zucker, sie werden auch aggressiv, wenn sie keinen bekommen. Dabei ist das nicht ihre eigene Aggressivität, sondern die Aggressivität des Monsters, das in ihnen heranwächst und das vehement nach Nahrung verlangt. Es ist Ausdruck des Überlebenskampfes zwischen dem Tumor und seiner Umgebung.

Zur Krebsentstehung braucht es also mindestens zwei Dinge: Defekte («entartete») Zellen, deren Genmaterial durch irgendein Karzinogen geschädigt wurde – seien es Strahlung, Chemikalien oder vielleicht sogar psychische Schocks –, zum anderen Nährstoffe. Denn ohne Energie geht's nichts: Auch die am stärksten «entartete» Krebszelle hat nun mal Hunger!

Die Zuckerverschwörung

Warum Ihnen das so noch niemand erzählt hat? Ganz einfach, weil niemand ein Interesse daran hat – und die meisten Ärzte gar nicht wissen, wie Krebs und Ernährung wirklich zusammenhängen. Oder es nicht wissen wollen. Was dazu führt, dass Krebspatienten geraten wird, während der Behandlung einfach «normal» weiter zu essen! Und «normal» heisst bei den meisten: mit viel Zucker. Und das, obwohl viele Krebspatienten übergewichtig und/oder Diabetiker sind, die sich durch einen besonders hohen Zuckerspiegel auszeichnen. Und welches Lebensmittel man auch betrachtet – es enthält jede Menge Zucker, manchmal gleich mehrere Zuckerarten. Bisweilen so viel, dass man es kaum essen kann, wie zum Beispiel industriegefertigtes Rotkraut. Das schmeckt heutzutage süss wie ein Dessert. Und «saure» Gurken sind längst nicht mehr nur sauer, sondern vor allem süss. Aber selbst Brötchen vom Bäcker oder Produkte wie Würstchen, Leberkäse und Fertigbratkartoffeln, also Lebensmittel, bei denen man es gar nicht vermuten würde, enthalten Zucker. Wir haben es hier mit einer regelrechten Zucker-Verschwörung zu tun, die die Menschen jeden Tag mit Zucker vollpumpt, ohne dass sie es überhaupt wissen und merken, und zwar von Jahr zu Jahr mehr. Wenn man einmal den Zuckergehalt unserer Lebensmittel mit den steigenden Krebsraten abgleichen würde, dann würde man wahrscheinlich einen Zusammenhang entdecken.

Während die Ärzte mit der herkömmlichen Krebsdiagnose und -behandlung also ein Streichholz nach dem anderen an die Lunte legen (sprich: durch Röntgendiagnose, Chemo- und Strahlentherapien weitere entartete Zellen erzeugen), wird der Patient laufend mit Zucker vollgepumpt und giesst damit weiter Benzin ins Feuer. Schlägt man beispielsweise ein absolutes Standardwerk, eine Broschüre der Deutschen Krebshilfe mit dem Titel «Ernährung bei Krebs», auf, so wird direkt nach der Einleitung klargestellt, dass «die drei Säulen der Krebsbehandlung» Operation, Chemotherapie und Strahlentherapie sind. Die Ernährung wird nicht als Ursache oder Heilungsmethode, sondern als Beiwerk betrachtet. Im Wesentlichen diene sie nur dazu, Beschwerden zu lindern. [4]



Fotos: Envato

Rund und gesund?

Über das eigentlich brisante Thema, nämlich den Energieaspekt der Ernährung, finden sich dagegen äusserst missverständliche Aussagen, zum Beispiel:

– «Es ist bekannt, dass ein guter Ernährungszustand eine Krebstherapie günstig beeinflussen kann.» – Doch was ist ein





Die Broschüre der Deutschen Krebshilfe mit dem Titel «Ernährung bei Krebs» gilt als absolutes Standardwerk. Sie empfiehlt, sich während einer Krebsbehandlung «so normal wie möglich» zu ernähren. Für einen Laien stehen damit alle Signale auf Essen – natürlich auch zuckerreicher Nahrungsmittel.



➔ «guter Ernährungszustand»? Für den Laien klingt das nach dicken roten Bäckchen und einem ordentlichen Bauch als Reserve, nach dem Motto: rund und gesund.

- «Alles, was Sie essen und trinken, soll Ihren Körper so gut wie möglich mit Energie versorgen.» – «So gut wie möglich mit Energie versorgen»? Für einen Krebskranken kann diese Empfehlung tödlich sein, da er sie so verstehen könnte, möglichst gut und viel (sprich: energiereich) zu essen.

- Des Weiteren soll man «Mangelernährung vorbeugen» und «die Zufuhr von Nährstoffen sicherstellen».
- Eine besonders dicke Überschrift lautet: «Ernährung bei Krebs: So normal wie möglich»

Solche Überschriften haben natürlich Signalcharakter. Für einen Laien stehen damit alle Signale auf Essen. Der eilige Leser könnte den kleingedruckten Text darunter entweder übersehen oder ihm eine geringere Bedeutung beimessen. Dabei tauchen erst dort (auf S. 26 der Broschüre) wichtige Hinweise auf. Zum Beispiel die Empfehlung einer abwechslungsreichen, vollwertigen Ernährung. Zwar ist dies noch nicht der eigentliche Punkt, da man vielmehr eine Ernährung wählen müsste, die dem Tumor Energie vorenthält und ihn so in die Enge treibt. Aber immerhin. Noch weiter unten auf der Seite finden sich Empfehlungen des «World Cancer Research Fund», die zwar für sich genommen äusserst interessant sind, aber nicht kausal mit dem Energiebedarf des Tumors in Verbindung gebracht werden, so dass man ihre Bedeutung nicht richtig verstehen kann. Also holen wir das hier (in Klammern) nach:

- Bleiben Sie so schlank wie möglich (geringe Energieüberschüsse und -reserven).
- Bewegen Sie sich täglich körperlich (Energieverbrauch).
- Essen Sie nur begrenzt energiereiche Lebensmittel (geringe Energiezufuhr).
- Vermeiden Sie zuckerhaltige Speisen und Getränke («Brandbeschleuniger»).
- Trinken Sie wenig oder keinen Alkohol (ein weiterer «Brandbeschleuniger»).

Hier geht es ausschliesslich darum, die Energieversorgung des Tumors zu reduzieren! Denn auch die Schulmedizin hat inzwischen – wenn auch irreführend - festgestellt: «Ein Krebs erhöht eventuell den Energieverbrauch des Kranken.» Was so klingt, als müsste man dann eben mehr und energiereicher essen. Falsch!

Aber es geht hier keinesfalls darum, die Schulmedizin generell abzulehnen – dafür hat sie schon zu vielen Menschen geholfen und tut es auch heute noch jeden Tag. Das Problem ist aber, dass sie Richtiges und Falsches zugleich empfiehlt, ja, dass ihre Lehren inzwischen zu einer einzigen Kakophonie von Irrtum und Erkenntnis verkommen sind, in der sich kein Patient und oft auch der Arzt nicht mehr auskennt. Ob dahinter System steckt? Denn kaum etwas generiert so hohe Umsätze wie ein Krebspatient. Gerade Chemo- und Strahlentherapien gehören zu den teuersten Behandlungen überhaupt. Dabei muss man nun wirklich kein Genie sein, um zu erkennen, dass das, was man in einen Menschen hineingibt, darüber entscheidet, was in seinem Inneren geschieht.

Auf dem Weg zu einer Krebsdiät

Das Beste kommt aber erst noch. Während die Chemotherapeuten mit Milliarden an Forschungsgeldern nach «selektiven» Medikamenten suchen, die sozusagen zwischen gesunden Zellen und Krebszellen unterscheiden, gibt es diesen Mechanismus längst. Tumorzellen können sich nämlich nur von Zucker ernähren, gesunde Zellen aber auch von Fett und Eiweiss. Damit sind wir auf dem Weg zu einer «Krebsdiät», über die es in der Broschüre der Deutschen Krebshilfe heisst, dass es sie gar nicht gebe: «Nach allem, was die Wissenschaft heute weiss, gibt es keine Ernährungsform, mit der sich eine Krebserkrankung gezielt heilen lässt.» Zwar werde beispielsweise behauptet, man könne «Tumoren aushungern», aber «für all diese Empfehlungen gilt, dass es keine wissenschaftlichen Untersuchungen gibt, die deren günstige Wirkungen eindeutig bestätigen». Ein Satz, der eine entscheidende Schwäche offenlegt. Und zwar in dem Wörtchen «eindeutig». Denn nur sehr wenige medizinische Studien belegen irgendetwas «eindeutig». Mit dieser «Studienkeule» könnte man auch eine ganze Reihe anerkannter Therapien vom Tisch putzen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass es sehr wohl Untersuchungen gibt, welche die genannten Empfehlungen bestätigen.

Die Weisheiten von Dr. Orchidee

Was die Schulmedizin vehement bestreitet. In dem erwähnten Forum (siehe S.96 f.) «Hirntumorhilfe» meldete sich denn auch ein «Dr. Orchidee» zu Wort, der sich auch inhaltlich als Mediziner zu erkennen gab. Offensichtlich war der Mann sehr besorgt – und zwar um den Tumor: Zuckerfreie Ernährung in Bezug auf Tumorerkrankungen sei glatter «Unfug», «da der Körper in der Lage ist dank zahlreicher biochemischer Prozesse wie z.B. der Gluconeogenese sich seine Glucose selbst zu produzieren, die er für alle Stoffwechselvorgänge benötigt».



Raffinierter Zucker ist bereits so weit aufbereitet, dass er ohne weitere Verarbeitung und Verdauung im Körper verbrannt werden kann. Für einen Tumor liefert er die ideale Nahrung.

MEDICAL TRIBUNE

«Diabetespatienten haben ein um etwa 30 % erhöhtes Risiko für verschiedene Tumorerkrankungen, unter anderem Brust-, Leber-, Darm- und Pankreaskrebs.»

Dr. Angelika Bischoff auf der Webseite der Medizin-Zeitung Medical Tribune

Quelle: medical-tribune.de, Diabetes und Krebs nicht trennen, 05.11.2018



Bei einer Ketogenen Diät wird auf kohlenhydrat- bzw. zuckerreiche Nahrung wie Brot, Kartoffeln, Nudeln, Reis und vor allem Süssigkeiten verzichtet. Sie scheint bei der Linderung von Krebs durchaus effektiv zu sein, da sie dem Tumor seinen wichtigsten Nährstoff (Kohlenhydrate/Zucker) entzieht.

Aber eben nur so viel, wie er benötigt – und nicht der Tumor. Der Tumor ist nämlich das Luxusproblem eines Körpers, der mit Energie überschwemmt wird. Doch hören wir, was der Doktor weiter schreibt: «Da wo erhöhte Stoffwechselprozesse ablaufen (z.B. erhöhte Mitoserate in Tumoren), findet sich natürlich auch mehr Glucose –, aber die holt der Körper sich selbst, zur Not durch Umbau von Depotfett.» Entscheidend ist aber, dass dieser Umbau bedarfsdeckend vor sich geht und dadurch keine Energieschwemme erzeugt wird, wie durch unsere industrielle Ernährung. Ausserdem deckt der Körper im sogenannten Hungerstoffwechsel seinen Energiebedarf nicht nur durch die erwähnte Herstellung von Glukose (Gluconeogenese), sondern zum grossen Teil durch die Erzeugung von sogenannten Ketonkörpern, mit denen ein Tumor überhaupt nichts anfangen kann (siehe S.100). Werden dem Körper keine Kohlenhydrate von aussen zugeführt, wird der Tumor also definitiv ein Energieproblem bekommen.

Besonders entlarvend ist die arrogante Scheinargumentation dieses Doktors, der die Entstehung (Genese) eines Tumors mit der Energieversorgung in einen Topf wirft: «Tumore entstehen durch aneuploide Polyploidisierung in der Mitosephase», stopft er dem Laienpublikum zunächst einmal das Maul, um dann zu argumentieren: «Dass hier Glucose die DNA fehlprogrammiert [mit anderen Worten das Erbgut schädigt], behauptet hoffentlich niemand.» Die weitere Argumentation ist schlicht falsch: «Allen ängstlichen Zuckermeidern sollte auch zu denken geben, dass es ca. 1 Million mässig bis schlecht eingestellte Diabetiker in Deutschland gibt mit dauerhaft erhöhten BZ[Blutzucker]-Werten: findet sich in dieser dank DMP-Programmen gut kontrollierten Bevölkerungsgruppe ein signifikanter Anstieg von Tumorerkrankungen, geschweige denn von Hirntumorerkrankungen???? Nein.» Doch. Diabetes ist nämlich einer der Hauptrisikofaktoren für Krebs. Und das muss natürlich auch der gute Doktor wissen. Nur warum das so ist, weiss angeblich niemand: «Diabetes Typ 2 ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der die Insulinwirkung beeinträchtigt ist und Betroffene daher ohne Therapie einen erhöhten Blutzuckerspiegel aufweisen», heisst es auf einer Diabetes-Ratgeber-Website (diabetes-ratgeber.net): «Bei Krebs entarten dagegen Körperzellen und bilden eine bösartige Geschwulst.» Was soll also beides miteinander zu tun haben? Und tatsächlich: «Auf den ersten Blick scheint die beiden Krankheiten wenig zu verbinden.» Aber: «Studien haben mittlerweile allerdings gezeigt, dass Zuckerkranke häufiger an bestimmten Krebsarten erkranken.» Nämlich an den häufigsten Krebsarten überhaupt, wie Tumoren der Bauchspeicheldrüse, «des Darms, der Harnblase sowie […] Frauen [an] Brust- und Gebärmutterkrebs». Die Erklärung ist natürlich, dass Diabetiker einen erhöhten Blutzuckerspiegel haben und die entarteten Krebszellen Zucker für ihr Wachstum brauchen.

Drei Ärzte, vier Meinungen

Das müsste eigentlich auch in der erwähnten Broschüre der Deutschen Krebshilfe über «Ernährung bei Krebs» stehen – tut es aber nicht. Von den Zusammenhängen zwischen Zucker(krankheit) und Krebs erfährt man nur verklausuliert und quasi im Kleingedruckten: «Da Tumorzellen oft andere Nährstoffe benötigen als normale Körperzellen, lohnt sich der Versuch, den Krebszellen Nährstoffe zu entziehen.» Und was für «Nährstoffe»? «So kann es zum Beispiel sein, dass ein Krebskranker Kohlenhydrate schlecht verwerten kann, der Tumor dagegen reichlich Traubenzucker benötigt.» Dem schlauen «Dr. Orchidee» würde das widersprechen nach dem Motto: drei Ärzte, vier Meinungen. Und laut dieser Broschüre gibt es nun plötzlich doch Studien, vielleicht keine «eindeutigen», aber solche, die «gezeigt» haben, «dass dann eine fettreiche und kohlenhydratarme Kost, die ausserdem reichlich Eiweiss enthielt, einer normalen Kost überlegen war» (S. 33), also jener «normalen» (und zuckerreichen) Kost, die einige Seiten zuvor noch ausdrücklich empfohlen wurde. Und «überlegen» ist ein ziemlich unauffälliges Wort für eine ziemlich bedeutende Sache. Denn dies ist die Chance für den Patienten.

Die vertuschte Krebsdiät

Der Unterschied liegt also in der Formulierung. Die wichtigen Dinge werden so ausgedrückt, dass sie dem Leser einfach durchflutschen. So wird man in der Broschüre beispielsweise mit Begriffen wie «metabolisch adaptierte Ernährung» behelligt; und statt von Zucker ist von «Kohlenhydraten» die Rede. Was nicht jeder gleich mit einem einfachen Problem in Verbindung bringt, nämlich der Energieversorgung



➔ des Tumors. Analysiert man Aufbau, Gliederung, Typografie und Formulierung dieser Krebsbroschüre, kann man daraus nur den Schluss ziehen, dass die Bedeutung der «Krebsdiät» bewusst vertuscht werden soll. Man will einfach nicht, dass wir verstehen, dass die Energiezufuhr auch bei einem Tumor entscheidend ist, so wie bei jedem anderen Lebewesen auch. Zwar ist oben (auf S. 33 der Broschüre) ganz allgemein von einer «fettreichen und kohlenhydratarmen Kost» die Rede, «die ausserdem reichlich Eiweiss enthält». Verschwiegen wird aber, dass es sich dabei um eine durchaus bekannte und klar definierte Diät handelt, die sogar einen Namen hat, nämlich «Ketogene Diät». Und das «Beste» ist, dass diese Diät in der gesamten 100-Seiten-Broschüre nicht ein einziges Mal erwähnt wird! In einer Broschüre also, die von Millionen verzweifelter Krebspatienten gelesen wird.

Die Ketogene Diät beruht darauf, dass sich gesunde Zellen im Gegensatz zu Krebszellen nicht nur von Zucker, sondern auch von Eiweiss und Fett ernähren können. Im Gegensatz zu Krebszellen können sie den erforderlichen Zucker nämlich selbst herstellen, und zwar gerade so viel, wie gebraucht wird. Der Trick bei dieser Diät besteht darin, dass die Zucker-(Kohlenhydrat-)Aufnahme praktisch auf null gesetzt wird und sich der Mensch nur noch von Eiweiss und Fett ernährt, etwa so wie bei der bekannten Atkins-Diät. Hier geht es allerdings nicht in erster Linie ums Abnehmen, sondern darum, dem oder den Tumor(en) die Nahrungsgrundlage zu entziehen. Die Fettsäuren werden in der Leber zu einer Art Glukose-(Zucker-)Ersatz umgebaut, den sogenannten Ketonkörpern, von denen sich das Gehirn und andere Organe fast genauso gut ernähren können wie von Glukose. Nicht aber die Krebszellen. Offenbar will aber niemand, dass Sie das wissen. Der einfachste Beweis dafür ist wohl der entsprechende Wikipedia-Artikel über die «Ketogene Diät». Demnach ist sie ausschliesslich bei seltenen Erkrankungen wie Epilepsie anzuwenden. Das Wort «Krebs» sucht man in diesem Artikel vergebens (Stand 29.07.2020).

Komisch! Schlechte Ernährung gilt auch in der Schulmedizin als eine der Hauptursachen für Krebs.

Warum wird die Ernährung zweitrangig, sobald man Krebs hat?

Die Heilung der «Krebsmäuse»

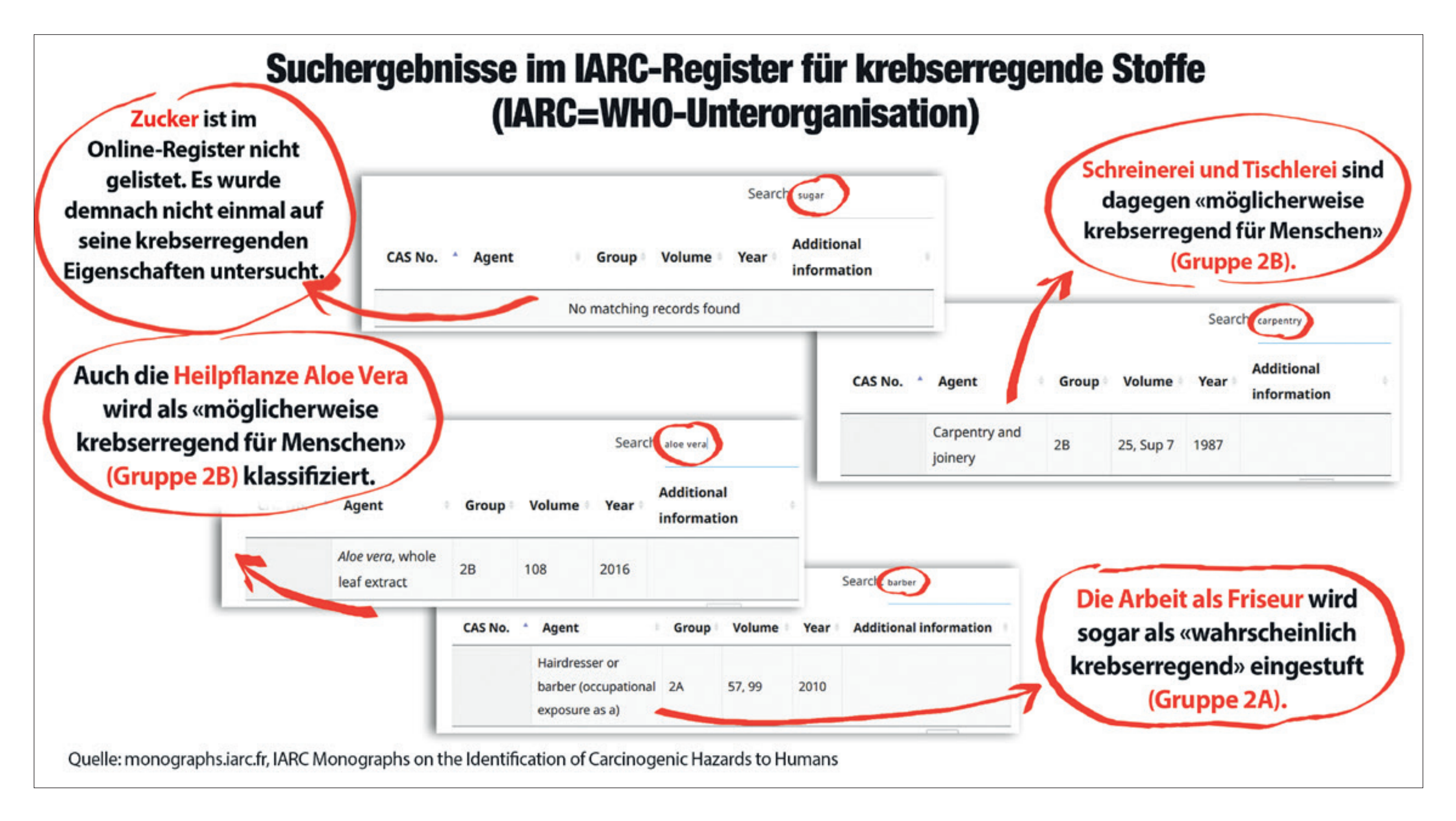
Die Ketogene Diät ist also ein mächtiges Werkzeug im Kampf gegen den Krebs, nach dem Motto: Die Ketogene Diät ist nicht alles, aber ohne sie ist alles nichts. Zunächst einmal muss dem Monster die Nahrung entzogen werden. Und dann gibt es noch eins obendrauf, vielleicht mit Vitamin B17 (siehe S.105 ff.). Für die Krebszellen ist Fasten «ein regelrechter Alptraum», wie eine arte-Dokumentation einmal feststellte. Die meisten Ärzte wollen davon allerdings nichts wissen, wie ein Beitrag in einem Prostatakrebsforum zeigt: «Mein Mann wurde von ärztlicher Seite belächelt, gewarnt, und es wurde ihm mitgeteilt, dass man durch die Ernährung den Verlauf der Krebserkrankung nicht positiv beeinflussen kann. Dennoch hat er sich nicht beirren lassen und hat nach Breuss 42 Tage lang gefastet, er fühlte sich meist fit, ging weiter arbeiten, nur die letzten Tage ging es ihm eher schlecht. Nach der 6-wöchigen Fastenzeit, wurde erneut der PSA [prostataspezifisches Antigen] Wert gemessen und dieser war weiter gesunken. Seitdem ernährt sich mein Mann kohlenhydratreduziert, kommt damit sehr gut klar, ist aktiv wie eh und je und betrachtet sich selbst als gesund.» Kein Wunder, denn beim Fasten wird das Glukose- bzw. Zuckerangebot stark verknappt.

Ein Pionier auf diesem Gebiet ist Valter Longo, Professor an der Universität von Südkalifornien. An «Krebsmäusen» erforschte er einen sehr interessanten Zusammenhang, nämlich den zwischen der Reduktion der Energiezufuhr (z.B. durch Fasten) und Chemotherapie. Dabei stellte sich heraus, dass eine extrem problematische Behandlung wie die Chemotherapie wesentlich sicherer und wirksamer ist, wenn der Patient dabei (oder davor) fastet. Während die krebskranken «Chemo-Mäuse», die normal ernährt wurden, starben, überlebten die fastenden Mäuse die Chemotherapie und wurden auch noch zu einem hohen Prozentsatz von ihrem Krebs geheilt. Von Longos fastenden Mäusen, die mit Chemotherapie gegen ein Melanom behandelt wurden, waren hinterher 60 Prozent krebsfrei, von den nicht fastenden Mäusen (bei derselben «Chemo») null Prozent. «Fasten schützt vor einer ganzen Reihe von Chemotherapien», so Longo. [5]

Auch menschliche Patienten (und einige engagierte Ärzte natürlich) berichten, dass die Chemotherapie unter Fasten und/oder Ketogener Diät nicht nur leichter verträglich war, sondern auch viel besser wirkte. «In Wirklichkeit entsteht eine Krankheit», schrieb der Autor Jay Ricci, «wenn unsere Zellen durch Nährstoffmangel und Toxizität nicht mehr richtig funktionieren, und nicht durch einen Mangel an neuen Medikamenten, Bestrahlung oder Operationen.» Was Krebs betrifft, ist das nur halb richtig. Denn zwar «entsteht» Krebs wirklich durch «nicht mehr richtig funktionierende Zellen» – aber erst, wenn diese auch «gemästet» werden! Also nicht in erster Linie durch Nährstoffmangel, sondern durch Energieüberschuss, wie auch die Ge-



Die Empfehlung zahlreicher Buchautoren, den Krebs mit einer Ketogenen Diät auszuhungern, findet in der Schulmedizin nur geringe Beachtung, wird teilweise sogar verunglimpft. Komisch. Gilt zuckerarme Nahrung nicht allgemein als gesund? Warum spielt die Ernährung laut Schulmedizin eine Schlüsselrolle bei der Entstehung von Krebs, ist bei der Behandlung aber nur noch ein Randaspekt?



schichte zeigt, die Ricci anschliessend als Beweis anführte. Darin ging es um einen Dr. George Malkmus, Begründer der Ernährungsrichtung «Hallelujah Acres», bei dem in den 1970er Jahren Darmkrebs diagnostiziert wurde – «dieselbe Krankheit, an der auch seine Mutter gelitten hatte. Malkmus stellte eigene Nachforschungen an, die ihn davon überzeugten, dass seine Mutter nicht am Krebs selbst, sondern an den Behandlungsmethoden des Medizin-Establishments gestorben war».

Weder Voodoo noch Wunderheilung

So weit, so schlecht. Interessant ist aber, was der erwähnte Dr. Malkmus gegen seine Krankheit unternahm: «Anstatt den schulmedizinischen Weg einzuschlagen, beschloss George, seinen Körper nur mit reinem Gemüsesaft und den rohen Nahrungsmitteln zu versorgen, die in der Bibel im ersten Buch Mose, Kapitel 1, Vers 29, beschrieben werden» (Kräuter und Baumfrüchte). Malkmus blieb mit seiner Energiezufuhr also offenbar noch unterhalb der ketogenen Diät, die auch tierische Produkte erlaubt. Als «Geburtsstunde» der ketogenen Diät gelten erst die 1980er Jahre, als der kanadische Sportmediziner Mauro di Pasquale sie entwickelte. Und wie ging es mit Malkmus weiter? «Nach einem Jahr war der Krebs vollkommen verschwunden, er ist seitdem nicht wiedergekommen, genauso wenig wie irgendeine andere körperliche Erkrankung. Malkmus ernährt sich noch heute so wie zu der Zeit seiner Krankheit.» Und wie wir nun wissen, handelte es sich dabei weder um Voodoo noch um Wunderheilung, sondern schlicht darum, den Krebs von seiner Energiezufuhr abzuschneiden.

Krebs – das Luxusproblem des Körpers

Krebs ist nun mal das Luxusproblem eines Körpers, der sowohl mit krebserregenden Stoffen als auch mit Nährstoffen überschwemmt wird. Wenn diese Nährstoffschwemme auf entartete Zellen trifft, kann ein Tumor entstehen. Wohlgemerkt: kann – muss aber nicht. Da jeder Mensch verschieden ist, gibt es auch Menschen, die krebserregende Umwelteinflüsse und Überernährung wegstecken, ohne an Krebs zu erkranken. Man stelle sich vor, man hätte ein kleines, gesundes Biotop, sagen wir einen Tümpel mit etwas Schilf und Wiese drum herum. Wenn man nun anfangen würde, tonnenweise Dünger, also Nährstoffe, über diesem Biotop auszukippen, würde es wahrscheinlich «entgleisen». Das heisst, neben den erwünschten Effekten hätte der Dünger auch unerwünschte Effekte, weil nämlich plötzlich auch unerwünschte Dinge wachsen würden. Vielleicht hätte man Glück, und es würde sich um ein besonders gesundes Biotop handeln, in dem noch keine «bösartigen» Unkräuter, Samen oder Ähnliches vorhanden sind. Dann könnte der Dünger auch nichts Schädliches heranfüttern. Aber wahrscheinlich würde man mit dieser Nahrungsschwemme auch Gewächse hochpäppeln, die man beim besten Willen nicht haben will.

Wie schon gesagt, viele tonangebende Fachleute und Institutionen halten nichts von solchen Diäten. Denn schliesslich sind sie selbst von einem ganz bestimmten Nährstoff abhängig, nämlich von Geld. Auch Geld führt zu Wucherungen, und zwar zur Wucherung teurer und nutzloser Institutionen. Auf diese Weise schiesst Forschung ins Kraut, die überhaupt nichts bringt, und es wuchern «Forschungseinrichtungen», die so überflüssig sind wie der berühmte Kropf. Oder der Krebs. Nehmen wir das eingangs erwähnte Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ): Was hätte es noch zu erforschen, wenn der Krebs besiegt wäre? Schliesslich lebt es auch von Kooperationen mit der Pharma- und Medizinindustrie. Beim DKFZ heisst das: «Schulterschluss von Wissenschaft und Wirtschaft: Gemeinsam für eine optimale Krebsbehandlung». Ganz vorne mit dabei ist die Pharmafirma Hoffmann-La Roche, laut DKFZ «weltweit grösster Hersteller von innovativen Krebsmedikamenten». Und wer schlachtet schon die Henne, die goldene Eier legt? Welche Wirkung dagegen die ketogene Diät habe, sei «bei weitem noch nicht so gut untersucht, wie die Anbieter es darlegen», hiess es einmal auf der Website des DKFZ. So stehe beispielsweise nicht fest, ob Krebszellen



Empfehlung der Mainstream-Medien: Gib dem Affen Zucker – beziehungsweise dem Krebs…

Richtige Ernährung bei Krebs

Das Märchen von der Krebsdiät

7. Februar 2012 um 09:59 Uhr | Lesedauer: 4 Minuten

Chemotherapie abgelehnt

Britin wollte mit veganer Ernährung den Krebs besiegen – jetzt ist sie tot

Medizin

Ketogene Diät: Effekt bei Tumorerkrankungen bisher nicht nachweisbar

DER TUMOR LÄSST SICH NICHT AUSHUNGERN!

Warum „Krebsdiäten" gefährlich sind

Schlagzeilen von Rheinischer Post, Ärzteblatt, Focus und Bild.



«Krebspatienten sind anfällig für unseriöse Heilsversprechen: Ein Indikator ist die Amazon-Bestsellerliste, Kategorie ‹Krebs›. Unter den 20 Topsellern geht ein Grossteil Verschwörungstheorien nach oder preist Krebsdiäten als Rettung.»

Der Stern, Juli 2014, Ausgabe Nr. 28

Bild

«In dieser Phase [Krebsbehandlung] ist es aber besonders wichtig, den Körper zu stärken und ihn über eine ausgewogene Ernährung mit ausreichender Zufuhr von Kohlenhydraten, Fetten und Eiweiss sowie Vitaminen (also möglichst viel Obst, Gemüse und Salat) zu versorgen, um wieder zu Kräften zu kommen.»

Quelle: bild.de, Der Tumor lässt sich nicht aushungern! Warum «Krebsdiäten» gefährlich sind, 2017

Interessanterweise werden die Kohlenhydrate (also Zucker), die dem Krebs offensichtlich als Nahrung dienen, von den Autoren als erstes genannt. Ein Schelm, wer hier Absicht vermutet, wo doch bei Erscheinen des Artikels, das Gesundheitsportal der Bild-Zeitung vom Pharmakonzern Pfizer präsentiert wurde.



➔ grundsätzlich auf den Entzug von Kohlenhydraten oder «Zucker» so empfindlich reagieren, wie häufig verkündet werde. Noch seien viele Fragen zur ketogenen Diät offen, «und aussagekräftige Studien mit vielen Krebspatienten gibt es bisher kaum». Kein Wunder: Denn die Pharmaindustrie finanziert solche Studien sicher nicht. Wobei «kaum» im Umkehrschluss bedeutet, dass es also zumindest einige «aussagekräftige Studien mit vielen Krebspatienten» geben muss.

Unsere Mainstream-Medien mögen es noch gröber. In Sachen Fasten, das ebenfalls wichtiger Bestandteil einer Krebsbehandlung sein kann, sprechen sie z.B. vom «Märchen von der Krebsdiät» (RP Online, 07.02.2012). Eine Autorin namens Tanja Walter warnte uns da: «Was für eine einfache Vorstellung, Tumore durch eine passende Diät schlicht und ergreifend auszuhungern. Mediziner und Fachgesellschaften warnen vor solchen Krebsdiäten.» Was man gerne glauben mag, würde das doch auch eine Hungerdiät für ihre Etats bedeuten. Der Artikel ist jedoch äusserst widersprüchlich. Denn auf der anderen Seite bekennt die Autorin, dass es manchmal gelinge, die schnelle Zellteilung zu stoppen, indem «man den Tumor daran hindert, weiter an die Nährstoffe zu gelangen, die ihn zum Wachsen anregen und ihn versorgen». Mit anderen Worten, die Kritik hat weder Hand noch Fuss. Zwar mag es bessere und schlechtere Rezepte für eine «Krebsdiät» geben, aber die Rolle der Energieversorgung beim Tumorwachstum lässt sich wohl kaum in Frage stellen. Es sei denn, man wollte behaupten, dass Leben ohne Energie möglich sei. *(gw)*

Quellen:

1. deutsche-apotheker-zeitung.de, WHO warnt vor Verdoppelung der Krebserkrankungen bis 2040, 04.02.2020
2. deutschlandfunkkultur.de, «Kein Grund zur Hoffnungslosigkeit», 02.04.2014
3. daserste.de, Website, 20.6.2013
4. krebshilfe.de, Ernährung bei Krebs
5. YouTube: «Prof. Valter Longo - Fasten, Langlebigkeit und Krebs», 27.6.2014 (nicht mehr verfügbar)

Zucker = sauer / Gemüse = basisch/neutral

«Im Jahr 1931 erhielt Dr. Otto Warburg den Nobelpreis der Medizin für die Entdeckung, dass Krebszellen nur im sauren Milieu entstehen können. Nobelpreise werden nicht eben mal verschenkt. Da stehen immer bahnbrechende Erkenntnisse dahinter. Trotzdem wird dieses Wissen praktisch nicht angewandt – weder in der Prävention noch in der Therapie. Ein gesundes basisches Milieu und ein hoher Sauerstoffgehalt der Zellen verhindern Krebs. Krebs am Herzen ist unbekannt, da dort immer die höchste Sauerstoffkonzentration vorherrscht und keine Säurebelastung.

Doch was beeinflusst unseren Säure-/Basenhaushalt am meisten? First of all: Zucker macht sauer. Das sollte jeder Mensch wissen. Und ganz egal ob wir Nudeln, Brot, Reis, Pizza, Müsli oder gleich Haushaltszucker essen – unter dem Strich ist alles Zucker. Der Unterschied besteht nur darin, wie schnell der Zucker freigesetzt wird. Vollkorn ist zusammengesetzter Zucker. Verwertet wird das Müsli immer als Glukose – genau wie der Haushaltszucker. Darum sollte man die Kohlenhydrate meiden, so gut es geht



– oder die entstehende Säure mit einer grossen Menge basischer Kost ausbalancieren. Das wären dann grosse Portionen Gemüse und kleinere Mengen Obst. Und Achtung: Ein Stück Kuchen macht saurer als ein Steak. Auch Mineralstoffe helfen mit, ein basisches Milieu zu erzeugen, allen voran das Magnesium und Kalium. Grosse Trinkmengen spülen überschüssige Säuremengen ebenfalls aus. Wasser und (Kräuter-)Tees sind da sehr empfehlenswert. Gift dagegen sind gesüsste Getränke wie Cola, Energy-Drinks und Limonaden. […]

Wenn schon Krebszellen vorhanden sind, bekommen diese mit jeder Ladung Zucker neue, heissbegehrte Nahrung. Wenn man markierte Zuckermoleküle über eine Infusion zuführt, kann man den Zucker schon 15 Minuten später in stark erhöhter Konzentration in den Krebsnestern und Metastasen nachweisen. Der Krebs lebt vom Zucker und zieht ihn magisch an. Mehr noch: Wenn Krebspatienten während der Chemotherapie Kohlenhydrate essen, haben die Krebszellen die Kraft, gegen die Chemotherapeutika Resistenzen zu entwickeln – ähnlich wie Bakterien gegen Antibiotika. Darum wirken die ersten Zyklen Chemotherapie oft erstaunlich gut, sprich: Der Tumor geht zunächst in Remission – um dann wieder aufzublühen. Die Behandlung, die zuvor gewirkt hat, ist dann wirkungslos. Ohne Zucker aber hat der Krebs nicht die Kraft, sich zu wehren.

Leider gibt es dazu praktisch keine Studien. Ärzte wurden darin gedrillt, nur durch Studien untermauertes Wissen anzuwenden. Nobelpreise zählen da nicht. Aber wer sollte diese Studien finanzieren? Die Zucker- oder Pharmaindustrie? Da besteht wohl weniger Interesse. Die öffentliche Hand? Die rettet lieber Banken und marode EU-Staaten.

Hier obliegt es uns, dieses bekannte Wissen auch ohne flächendeckende Doppelblindstudien anzuwenden. Wenig Kohlendrate, viel Gemüse, eine hohe Sauerstoffkonzentration, hohe Trinkmengen und zusätzliche Basenbäder, Baseninfusionen und mineralstoffhaltige Basenkapseln killen Krebszellen schon im Ansatz.»

Dr. Michael Spitzbart, Arzt mit einer Privatpraxis in Salzburg

Quelle: creditreform-magazin.de, Fit for life: «Krebs entsteht nur im sauren Milieu», 02.08.2015



Auch die Krebstherapien nach Dr. Hulda Clark (Parasiten-Theorie) und Dr. Johanna Budwig (Budwig-Diät) basieren auf der Strategie, ein basisches Milieu im Körper herzustellen.

pH

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

sauer | neutral | basisch

Salzsäure (1)

Magensäure (1,5-3)

Trinkwasser (7-7,5)

Natronlauge (14)

Blut (7,35-7,45)

Basenwasser, Basenkonzentrat (9,5-12,5)

Käse, Bier, Süssigkeiten (4-4,5)

Gemüse, Obst (7,5-8,5)

Weizenbrot, Fleisch, Kaffee (5-6)

Fruchtwasser (7,5-8,5)

Cola, Energydrinks, Limonaden (3-3,5)

Offensichtlich sind Gemüse und Obst gesünder als Süssigkeiten und Softdrinks. Ebenso sind Gemüse und Obst basischer als Süssigkeiten und Softdrinks. Deshalb liegt es nahe, dass der Krebsentstehung durch ein gesundes basisches Milieu im Körper entgegengewirkt werden kann.

Warum gibt es keinen Herzkrebs?



Es gibt zwei Organe in unserem Körper, die keinen Krebs entwickeln: Das Gehirn und das Herz. «Gehirntumore» sind Tumore des Stützgewebes des Gehirns und nicht des Gehirns selbst.

Warum ist das so? Der Autor Lothar Hirneise hat dazu folgende Theorie: Gehirn und Herz - und im Übrigen auch das Nervensystem - stehen ständig «unter Strom», weshalb wir die Aktivitäten von Herz und Hirn auch elektrisch messen können (EKG und EEG). Der «Zentralcomputer», das Gehirn, verarbeitet mit Hilfe des Stroms ständig Daten, und das Herz wird durch kräftige Nervenimpulse zum Schlagen angeregt. Auch das Nervensystem, das ständig von Strom durchflossen wird und dessen Zellen sich ebenfalls nicht teilen, scheint vor Krebs geschützt zu ein.

Ob diese Strom-Theorie stimmt, ist schwer zu beurteilen. Andere vermuten zum Beispiel die Sauerstoffkonzentration im Herzen als wichtigsten Faktor (siehe S.103). Fakt ist jedoch, dass diese erstaunliche Erscheinung seit Jahrzehnten von der Schulmedizin kaum berücksichtigt wird und zig unterschiedliche – sich oft gegenseitig widersprechende – Erklärungen dazu abgegeben werden. Warum wird nicht mehr in diese Richtung geforscht? ***(tk)***

Quelle: Lothar Hirneise, Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe, Sensei Verlag, 2002, S.69 ff.

Vitamin B17: Ein natürliches Mittel gegen Krebs?

1952 hatte Dr. Ernst T. Krebs [sic!] junior, ein Biochemiker aus San Francisco, seine Theorie verkündet, dass Krebs nicht von einem mysteriösen Bazillus, Virus oder Toxin verursacht werde, sondern eine Mangelerkrankung darstelle, die durch das Fehlen eines wichtigen Naturbausteins in der modernen Ernährung entstehe. Diesen essenziellen Baustein identifizierte er als «Vitamin B17», das in der Natur in über 1.200 essbaren Pflanzen vorkommt. Samen (beziehungsweise Kerne) von Pflanzen der «Prunus-Rosacea»-Familie - Bittermandeln, Aprikosen, Kirschen, Nektarinen, Pfirsiche und Pflaumen – enthalten besonders hohe Mengen an Vitamin B17.



Dr. Kanematsu Sugiura galt als einer der anerkanntesten Krebsforscher der Welt, doch als er das Vitaminextrakt Laetril empfahl, das nicht auf einer chemischen Substanz beruht und somit keinen Wert für die Pharmaindustrie hat, wurde er von einem Tag auf den anderen zur Persona non grata erklärt.

In Studien wurde die Wirksamkeit von Vitamin B17 bei der Bekämpfung von Krebs vielfach, auch von äusserst renommierten Forschern wie z.B. Dr. Kanematsu Sugiura vom berühmten «Sloan Kettering Center»-Krebsforschungszentrum in Manhattan, nachgewiesen. Solange Dr. Sugiura sich mit herkömmlicher Krebsforschung beschäftigt hatte, war er hoch angesehen. Dr. C. Chester Stock, der Leiter der Abteilung Laborprüfung beim «Sloan Kettering Center», schrieb über ihn: «Kaum ein Name ist in der Krebsforschung allgemein so bekannt wie der von Kanematsu Sugiura. [...] Das hohe Ansehen, das sein Werk geniesst, kommt vielleicht am besten in einer Bemerkung zum Ausdruck, die ein russischer Krebsforscher, der die USA besuchte, mir gegenüber machte. Er sagte: ‹Wenn Dr. Sugiura etwas veröffentlicht, wissen wir, dass wir die Studie nicht wiederholen müssen, denn unsere Ergebnisse wären deckungsgleich mit seinen.›» [1]

Sugiura kam bei seinen Tests mit Mäusen zu folgenden Ergebnissen:

1. Vitamin B17 verhinderte Metastasenbildung bei Mäusen.
2. Es verbesserte deren Allgemeinzustand.
3. Es wirkte wachstumshemmend auf kleine Tumore.
4. Es brachte Schmerzlinderung.
5. Es wirkte vorbeugend gegen Krebs. [2]

Als Sugiuras Testergebnisse zu Laetril (anderes Wort: Amygdalin) - der extrahierten Form von Vitamin B17 - veröffentlicht wurden, änderte sich plötzlich alles. Jetzt, da Sugiura ein Vitaminextrakt empfahl, das nicht auf einer chemischen Substanz beruhte, wurde er von einem Tag auf den anderen zur Persona non grata erklärt. Man zwang ihn, den Versuch sage und schreibe dreimal mit anderen Wissenschaftlern als Partner zu wiederholen, doch interessanterweise erwiesen sich auch alle Folgeversuche als positiv für Laetril. Nun hätte das «Sloan Kettering Center» eigentlich klein beigeben und vier (normalerweise hätte eine gereicht) Studien von einem der renommiertesten Wissenschaftler des Landes als ultimativen Beweis für die Wirkung von Laetril anerkennen müssen. Doch es schien keine Rolle zu spielen, ob Sugiura vier oder 200 Labortests zu Laetril gemacht hatte. Die Ergebnisse durften anscheinend unter keinen Umständen an die Öffentlichkeit gelangen.

Sloan Kettering manipuliert Studien

Der fünfte Test fand im Hause von Sloan Kettering statt. Diesmal wurde der Test allem Anschein nach von einem anderen Wissenschaftler manipuliert. Die Mäuse innerhalb des Versuchs wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Eine Gruppe bekam Laetril, die andere Kochsalzlösung gespritzt. Kochsalzlösung wird in Krebs-Experimenten an Mäusen als Quasi-Placebo verwendet, da es definitiv keine Auswirkung auf das Wachsen eines Krebstumors hat und man es somit gut mit wirksamen Medikamenten vergleichen kann. Nun wurden die Mäuse von Sugiuras Partner wahllos in unterschiedliche Käfige gesteckt, sodass man die zwei Testgruppen kaum noch voneinander un-



Meist wird die Substanz Vitamin B17 (auch als Laetril oder Amygdalin bezeichnet) aus Aprikosenkernen extrahiert.



Kaum Krebsfälle im Altertum?

In den westlichen Industriestaaten ist Krebs heute nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Dass es sich bei dieser Krankheit aus historischer Sicht um ein relativ junges Phänomen handelt, und antike Kulturen kaum daran litten, wird von einer 2010 durchgeführten Studie vom «KNH Centre for Biomedical Egyptology» an der Universität von Manchester unterstrichen. Unter anderem wurden im Zuge dieser Untersuchung die sterblichen Überreste hunderter ägyptischer Mumien auf Spuren von Krebserkrankungen untersucht, und auch das Wenige, das an altägyptischer und altgriechischer medizinischer Literatur erhalten geblieben ist, wurde auf Hinweise durchforstet.

Aus dem Bericht, der in der Fachzeitschrift «Nature Reviews Cancer» veröffentlicht wurde, geht hervor: Von den hunderten untersuchten Mumien konnten nur an einer einzigen Indizien festgestellt werden, aus denen sich Rückschlüsse auf Krebserkrankungen ziehen liessen Auch die Auswertung der Literatur lässt vermuten, dass Krebs in der damaligen Zeit eine äusserst seltene Krankheitsform darstellte. Laut Professor Michael Zimmermann, dem Leiter der Studie, sollten aufgrund des Mangels an Operationsmöglichkeiten im Altertum bösartige Wucherungen in den toten Körpern nachweisbar bleiben. Das fast vollständige Fehlen von Tumoren in Mumien müsse als Hinweis auf deren Seltenheit gewertet werden, was wiederum darauf schliessen lasse, dass krebsverursachende Faktoren auf Gesellschaften beschränkt sind, die von Phänomenen der modernen Industriegesellschaft beeinflusst werden. Den eventuellen Einwand, Krebszellen wären unter Umständen in den Mumien lediglich nicht gut erhalten, weiss Zimmermann zu entkräften. In experimentellen Untersuchungen belegte er, dass nach einer Mumifizierung Tumore sogar besser erhalten bleiben als normales Gewebe.

Der allgemeine Lebenswandel durch die industrielle Revolution scheint also der Hauptfaktor für Krebs zu sein. Das liegt auch nahe: Menschen zogen vom Land in die Stadt oder in deren Vororte. Ihre Ernährung wechselte von unverarbeiteten Naturprodukten zu Weissbrot, Fleisch, Zucker, Nudeln, Müsli und so weiter. Damit einher ging ein steigender Lebensstandard mit Bewegungsmangel, der oft zu Übergewicht und Übersäuerung führte. Und natürlich zu einem Überangebot an Energie. Dazu kommen noch bestimmte Stress- und Umweltfaktoren der modernen Welt, die ein Mensch vor 3.000 Jahren nicht kannte. Daher scheint die beste Krebsvorsorge kein Screening zu sein (siehe S.38 ff.), sondern sich an der Ernährung unserer Vorfahren zu orientieren, Zeit in der Natur zu verbringen und sich ausreichend zu bewegen. Eigentlich Ratschläge, die jedes Kleinkind versteht, oder? ***(tk/as)***

Quelle: dailymail.co.uk, Cancer is «purely man-made» say scientists after finding almost no trace of disease in Egyptian mummies, 15.10.2010



Eine Studie an der Universität von Manchester untersuchte hunderte ägyptischer Mumien auf Tumore. Ergebnis: Nur an einer einzigen konnten Indizien für eine Krebserkrankung festgestellt werden. Schlussfolgerung: Krebs war im Altertum fast nicht existent.

➔ terscheiden konnte. Ohne eine unbehandelte Kontrollgruppe hat eine Studie aber so gut wie keine Aussagekraft (siehe S.77). Aus den Daten des Experiments ging hervor, dass 40 Prozent der Mäuse, denen eine Kochsalzlösung injiziert worden war, ein Ende des Tumorwachstums aufzeigten. Das konnte unmöglich stimmen: Ganz offensichtlich waren die Mäuse im Laufe des Experiments vermischt worden und hatten deshalb manchmal Laetril, manchmal Kochsalzlösung bekommen. Eine andere Erklärung konnte es nicht geben, denn Kochsalzlösung hatte noch nie (!) einen Tumor am Wachstum gehindert. Dr. Sugiura war über die unwissenschaftlichen Methoden empört: «Als Chemotherapie-Experten arbeiten wir mit Kochsalzlösung, gerade WEIL sie keine Auswirkungen auf das Tumorwachstum hat. Und auf einmal passiert das? Man darf nicht vergessen, dass in der Kontrollgruppe das Wachstum sogar noch stärker eingeschränkt wurde als in der behandelten Gruppe. Das mache ich nicht mit.»

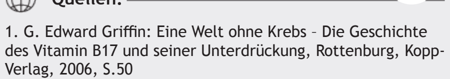
Dass man es hier mit einer medizinischen Unmöglichkeit zu tun hatte, die wahrscheinlich jedem Erstsemester aufgefallen wäre, hinderte die Geschäftsleitung von Sloan Kettering nicht daran, genau diesen Versuch als repräsentativ auszuwählen. Fünf Monate nach besagtem Test berief Sloan Kettering eine Pressekonferenz ein, um über die Ergebnisse der Laetril-Prüfung zu berichten. Alle wichtigen Vertreter der Geschäftsführung waren dort und verkündeten, dass «festzustellen ist, dass Laetril KEINE vorbeugenden, tumorreduzierenden, antimetastatischen oder heilenden Eigenschaften bei Krebs hat.» Sloan Kettering zeigte sich in den 1970ern sehr kooperativ darin, im Zusammenspiel mit der FDA die Nutzung und den Handel mit Laetril immer weiter einzuschränken. Sugiura blieb bis zu seinem Tod auf seinem Standpunkt. Auf die Frage eines Journalisten, ob Laetril Krebs heilen könne, antwortete er: «Ja, dabei bleibe ich.» [3]

In den 1970er-Jahren weigerte sich die von den Pharma-Konzernen stark beeinflusste US-Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration, siehe S.18 f.), das Zulassungsverfahren für Laetril überhaupt zu beginnen. In den USA wurden Gesetze verabschiedet, mit denen Verordnung, Verabreichung, Verkauf oder Vertrieb von Laetril ebenso illegal wurden wie jegliche Erklärung in der Richtung, dass die Substanz einen Wert für die Eindämmung oder Heilung von Krebs habe. Bis heute werden die Erkenntnisse zur krebshemmenden Wirkung von Vitamin B17 (Laetril/Amygdalin) von Staats-Behörden und von der Pharma-Industrie so gut wie nicht beachtet.

Schon bei der Einweihung des Sloan-Kettering-Krebsforschungszentrums wurde die «Kontrolle von Krebs» als Ziel hervorgehoben und nicht etwa dessen «Heilung». Eine ungeschickte Wortwahl oder etwa eine versteckte Botschaft? Drei Jahrzehnte später boykottierte Sloan Kettering die Forschung an dem potenziellen Krebs-Heilmittel Laetril.



Aber wie «funktioniert» nun Laetril überhaupt? Ganz einfach: Laetril ist eine Verbindung von Cyanid und Zucker. Die besonders zuckergierige Krebszelle «frisst» den Zucker und wird von dem Cyanid getötet. Zuckerreduktion und gleichzeitige Verabreichung von Laetril könnten also durchaus hilfreich sein. ***(tk)***



 **Quellen:**

1. G. Edward Griffin: Eine Welt ohne Krebs – Die Geschichte des Vitamin B17 und seiner Unterdrückung, Rottenburg, Kopp-Verlag, 2006, S.50
2. Ebenda, S.48
3. Ebenda, S.56 f.

Begünstigt eine angeschlagene Psyche die Entstehung von Krebs?

Die Verbindung von Psyche und Körper in der Medizin ist alles andere als eine Neuheit. Schon 1701 veröffentlichte der englische Arzt Gendron in «Enquiries into the nature, knowledge, and cure of cancers» seine Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Psyche und Krebs. [1] Gendron folgte 1846 Dr. Walshe in seinem Buch «The Nature and Treatment of Cancer» [2], und spätestens als Dr. Snow 1893 im Londoner «Cancer Hospital» 250 Frauen mit Krebs behandelte und in seinem Buch «Cancer and the Cancer Process» beschrieb, dass über 200 dieser Frauen unter auffallenden psychischen Belastungen litten, hätte man mehr in diese Richtung forschen können – oder müssen? [3] Auch die Arbeiten von Prof. Dr. Grossarth-Maticek aus Heidelberg in Bezug auf Krebs und Psyche zeigen eindeutig eine solche Verbindung auf. [4]

Da der durchschnittliche Arzt auf ein standardisiertes Verfahren setzt und sowieso unter Zeitdruck steht, nimmt er sich dagegen wenig Zeit, um sich mit dem Patienten als Person auseinander zu setzen. Ein Beratungsgespräch über mehrere Stunden ist eine absolute Seltenheit. Dies ist ein wichtiger Punkt, der immer wieder vergessen wird. Alle Krankheiten sind weltweit nach einem standardisierten Schema aufgelistet, aus dem man rechtlich kaum ausbrechen darf, und Ärzte lernen an der Universität nach genau diesem Schema, was man bei der oder dieser Krankheit zu machen hat. Ärzte müssen dieses Schema benutzen, wenn sie keine juristischen Probleme bekommen bzw. nicht als Aussenseiter abgekanzelt werden wollen. Da der psychologische Zustand des Patienten in der schulmedizinischen Ausbildung kaum eine Rolle spielt, tut er dies auch nicht ausreichend beim Kontakt zwischen Arzt und Patienten.

Patrick Kingsley, ein englischer Arzt, der hauptsächlich Menschen mit Krebs und Multipler Sklerose behandelt, meinte: «Wie kann ich jemanden mit einer so ernsten Diagnose wie Krebs […] behandeln, ohne zu wissen, wie sich dieser Patient ernährt, was er arbeitet, wie glücklich er ist usw. Es ist doch ein entscheidender Unterschied, ob eine Frau mit Brustkrebs gemeinsam mit ihrem Ehemann und der Einstellung: ‹Dieser Krebs bringt mich nicht um› in meine Praxis kommt oder ob dieselbe Frau gerade in Scheidung lebt und in einem Blumenladen arbeitet, in dem sie täglich mit Blumen in Kontakt kommt, die mit Pestiziden verseucht sind.»

Alle ewigen Weisheiten ausgeblendet

Komisch ist das schon: Lehrt uns die Bibel nicht, dass unser Glaube Berge versetzen kann? Unterrichten Geistliche aller Religionen nicht auf der ganzen Welt, dass wir unsere Zukunft durch Gebet, Meditation und unsere Gedanken selbst kreieren müssen? Beweisen uns die besten Motivationstrainer und Psychotherapeuten nicht täglich, dass unsere Visualisierungsfähigkeiten den Unterschied zwischen persönlichem Glück und Unglück ausmachen? Unterrichten spirituelle Lehrer nicht auf allen Kontinenten, dass wir nur das ernten können, was wir zuvor gedacht haben? Man könnte jetzt natürlich davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Gelehrten dieser Welt Unrecht hat und ausschliesslich Ärzte wissen, wie man wieder gesund wird. Oder man kommt zu der Schlussfolgerung, dass Schulmediziner bestimmte Aspekte einfach beiseiteschieben, um bei ihrem gewohnten Schema zu bleiben.

Der Autor Lothar Hirneise betont, er habe vielen Menschen die Hände geschüttelt, die trotz einer infausten Prognose (eines unheilbaren Krebses) ihren Tumor überlebten. Für keinen einzigen dieser Patienten seien Worte wie Visualisierung, Lebenssinn oder gar Gott Fremdworte gewesen. ***(tk)***



Quellen:

Lothar Hirneise, Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe, Sensei Verlag, 2002
1. M. Deshaies-Gendron, Enquiries into the nature, knowledge, and cure of cancers, Gale ECCO, Print Editions, 2010
2. Walshe, M.D., Walter Hayle; The Nature and Treatment of Cancer, Taylor & Walton, London, 1846
3. ncbi.nlm.nih.gov, Does stress cause cancer?, 1999, Rob McGee
4. de.wikipedia.org, Ronald Grossarth-Maticek

Fazit: Entscheidende Aspekte der Krebsheilung werden von der Schulmedizin sträflich vernachlässigt und der Patient in die Irre geführt. Steckt dahinter System?

Übergewicht macht krank. Zu viel Zucker ist ungesund. Gemüse ist gesund. Bewegung tut gut. Eine angeschlagene Psyche kann sich auf die Gesundheit auswirken. Beeindruckend nicht? Dafür müssen wir keinen Wissenschaftler oder Arzt zurate ziehen. Aber manchmal ist die Lüge so plump, dass man die banalsten Binsenweisheiten zur Gesundheit in Erinnerung rufen muss: Jeder Teenager könnte uns ähnliche Ratschläge geben. Auch Ärzte würden natürlich zustimmen. Nur wundersamerweise verschwinden all diese jahrtausende- oder jahrhundertealten Erkenntnisse, sobald es zur Diagnose «Krebs» kommt. Plötzlich werden diese essenziellen Regeln zu unbedeutendem Beiwerk von «Chemo», Strahlen und Operation degradiert. Zudem werden diese uralten Weisheiten von Ärzten und schulmedizinischen Ratgebern verkompliziert oder falsch gewichtet, sodass der Patient den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sieht. Es entsteht die bereits beschriebene Kakophonie aus Wahrheiten und Irrtümern, in der sich die Schulmedizin und damit auch der Patient verlieren. Allerdings mit der nie untergehenden Hauptbotschaft, an den drei bekannten Säulen der Krebsbehandlung (siehe S.34 f.) führe kein Weg vorbei. Zweifel an diesem schulmedizinischen Dogma sind jedoch mehr als angebracht, und vielversprechende Alternativen gibt es zuhauf.

Dies alles ist natürlich keine medizinische Beratung: Was Sie, lieber Leser, mit ihrem Körper bzw. ihrer Gesundheit anstellen, bleibt ganz Ihnen überlassen.

